

Edital ICEPi/SESA Nº 039/2021

SEGUNDA CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO

SEGUNDA CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA SELEÇÃO DE TUTORES PARA ATUAREM NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, no uso das atribuições e prerrogativas dispostas na Lei Complementar nº 909/2019 de 26/04/2019, mediante os termos do Edital ICEPi/SESA Nº 039/2021 e seus anexos, em especial ao item 14, 15 e 16 do edital, torna pública a **SEGUNDA CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO** para atuação de profissionais bolsistas como tutores no Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade.

1. Considerando as vagas divulgadas no Edital ICEPi/SESA Nº 039/2021, e resultado final do processo seletivo. Considerando a desistência, formalizada, dos candidatos elencados abaixo:

LUCIANA MARCIANA VILELA MUGRABI
--

AURIANE MORELLATO FERRARI

1.1 CONVOCAMOS O CANDIDATO ELENADO ABAIXO, PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO:

ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

2. Segue abaixo a listagem dos documentos que deverão ser enviados, todos em formato em PDF.
 - 2.1 ANEXO I – Lista de Documentação
 - 2.2 ANEXO II – Termo de Adesão
 - 2.3 ANEXO III – Cadastro de Bolsista
 - 2.4 ANEXO IV – Plano de Trabalho Individual



3. A documentação dos anexos deverá ser enviada para o e-mail: icepi.gesp@saude.es.gov.br

4. A documentação deverá ser encaminhada até o dia: 20/10/2021

Vitória, 19 de outubro de 2021.

Fabiano Ribeiro dos Santos

Diretor Geral

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação
emSaúde

ANEXO I – Lista de Documentação

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS:

- 1- Resumo do Currículo Lattes;
- 2- Cópia de documento de identificação com foto, conforme lei nº 12.037/2009;
- 3- Cópia do CPF;
- 4- Comprovante da Situação Cadastral no CPF;
- 5- Certificado de Reservista ou dispensa, sexo masculino;
- 6- Documento que identifique o número da conta bancária – titular;
- 7- Cópia Título de Eleitor;
- 8- Certidão de quitação Eleitoral;
- 9- Certidão Negativa de débito Estadual e da União;
- 10- Certidão de Casamento, quando for o caso;
- 11- Comprovante de endereço residencial;
- 12- Cópia do cartão do PIS/PASEP ou Consulta da Qualificação Cadastral (PIS/PASEP);
- 13- Diploma de Graduação / especialização / mestrado (frente e verso arquivo único) dos títulos apresentados;
- 14- Certidão de Regularidade de inscrição junto ao Conselho Regional Profissional;
- 15- Termo de Adesão (ANEXO II) - preenchido e assinado;
- 16- Cadastro de Bolsista (ANEXO III) - preenchido e assinado;
- 17- Plano de Trabalho Individual (ANEXO IV) – deverá ser entregue até 30 dias após a convocação.

ANEXO II – Termo de Adesão

TERMO DE ADESÃO À BOLSA DE APOIO À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO PROGRAMA ESTADUAL DE BOLSAS DE ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO TECNOLÓGICA NO SUS

Conforme Lei Complementar Nº 909, de 24 de abril de 2019 e Portaria ICEPi/SESA nº 001-R, de 25 de julho de 2019.

Eu, _____ portador (a) do CPF nº _____, RG nº _____, vinculado ao “**PROJETO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE**”, declaro estar ciente que participarei do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS, na **função de TUTOR**.

Assim sendo, comprometo-me a efetuar as atividades propostas, no período de vigência do Programa sob as orientações a mim devidas.

As atividades desenvolvidas serão realizadas de acordo com os objetivos propostos no Plano de Trabalho Individual, que estarei vinculado de forma a cumprir as exigências da Lei Complementar Nº 909, de 24 de abril de 2019 e Portaria ICEPi/SESA nº 001-R/2019.

Sabedor de que a bolsa concedida constitui doação com encargos em prol do desenvolvimento científico e tecnológico e considerando a necessidade de prestar contas do recurso público utilizado, declaro:

a) que devo cumprir integralmente as atividades previstas no Plano de Trabalho Individual, incluindo as atividades práticas, teóricas e à distância, aprovado e validado pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, no **período de** ____/____/____ **à** ____/____/____. Observando as avaliações e cumprimentos do plano de trabalho.

b) que devo realizar pesquisa científica de relevância para a Rede Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, apontando inovações, que aponte melhoria na resolutividade e humanização das ações em Saúde;

c) que caso venha publicar trabalho em evento e/ou encaminhar à periódico científico, devo fazer referência à condição de Bolsista do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi;

d) que em caso de não cumprimento das atividades previstas, automaticamente me desvinculo do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS;

E, por estarem justas e acertadas, formalizam as partes o presente TERMO DE ADESÃO a Projeto de Estudo e Pesquisa de caráter socioeducativo.

Declaro, ainda, que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

Vitória-ES, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Bolsista

Assinatura da Gerência da Escola de Saúde Pública

ANEXO III – Cadastro de Bolsista

CADASTRO DO BOLSISTA

Programa/Projeto: PROJETO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE.		
Vinculado: Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS		
		Função: TUTOR
Data início das atividades: __/__/__		Previsão data fim das atividades: __/__/__
Nome:		
Data Nasc.:	CPF:	RG:
E-mail:		Titulo Eleitor:
Telefone Residencial:		Cel:
Endereço:		N.º
Complemento:	Bairro:	Cidade:
UF.	CEP.:	
Escolaridade:		
<input type="checkbox"/> Fundamental	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Médio Técnico
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado
Link Currículo Lattes:		
Nº Conta Bancária:	Cód. Banco:	Nº da Agencia Bancária:
Data:		
Assinatura:		
Responsável pelo cadastro:		



ANEXO IV – Plano de Trabalho Individual (PTI)

PLANO DE TRABALHO INDIVIDUAL

NOME DO BOLSISTA:	CPF:
E-MAIL:	TELEFONE:
DATA PREVISTA PARA O INÍCIO DAS ATIVIDADES:	DATA PREVISTA PARA O TÉRMINO DAS ATIVIDADES:

NOME DO PROGRAMA / PROJETO: CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ENFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE	
NOME DO COORDENADOR DO PROGRAMA / PROJETO:	
E-MAIL:	TELEFONE:
PLANO DE TRABALHO	

DESCRIÇÃO / ANÁLISE SITUACIONAL DO(S) CENÁRIO(S) DE PRÁTICA/ TERRITÓRIO DE SUPERVISÃO

OBJETIVO GERAL DO PROGRAMA / PROJETO:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA / PROJETO:

JUSTIFICATIVA DA PROGRAMA/PROJETO:

METAS E RESULTADOS ESPERADOS					
OBJETIVO 1:					
META 1:					
ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
OBJETIVO 2:					
META 2:					
ETAPAS	ESTRATEGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
OBJETIVO 3:					
META 3:					
ETAPAS	ESTRATEGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES

<p><input type="checkbox"/> APROVADO</p> <p><input type="checkbox"/> REPROVADO</p> <p>Vitória, ____ / ____ / ____</p>	<p>GERÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA</p> <p>ASSINATURA DO BOLSISTA</p>	<p>DIRETOR GERAL ICEPI</p>
---	---	-----------------------------------