

## INFORMATIVO SOBRE A MATRÍCULA

### Edital nº 01/2020

Considerando o Decreto nº 33.519, de 19 de março de 2020, que intensifica as medidas para o enfrentamento da infecção humana pelo novo Coronavírus, em especial, a restrição do contato social, informa-se que nem a matrícula, nem a escolha da unidade de saúde, dar-se-á de forma presencial, como definido no item 10 do Edital Regulador nº 01/2020, haja vista o quadro excepcional de emergência apresentado.

Ademais, por motivo de caso fortuito, os interessados deverão enviar até as 17h do dia 23 de março, pelo endereço eletrônico: **documentos.edital01@gmail.com**, os documentos necessários à matrícula, no **formato pdf**, abaixo relacionados, que serão analisados e, caso estejam em conformidade com o estabelecido, a administração fará os procedimentos finais necessários à matrícula.

- a) Ficha de matrícula preenchida (disponível no site [www.esp.ce.gov.br](http://www.esp.ce.gov.br))
- b) 1 cópia do Cadastro de Pessoa Física ativo;
- c) 1 cópia da Registro Geral – Cédula de Identidade;
- d) 1 cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;
- e) 1 cópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral;
- f) 1 cópias do NIS ou PASEP;
- g) 1 cópia do comprovante de quitação com o serviço militar, para participantes do sexo masculino;
- h) 1 cópia do Comprovante de endereço atual;
- i) 1 cópia do Diploma ou Comprovante de conclusão do curso de Medicina;
- j) 1 cópia do Histórico do curso de Medicina;
- k) 1 cópia do Registro do Conselho Regional de Medicina (CRM-CE);
- l) Seguro de Vida e Acidente de Trabalho que contemple o período previsto para o completo cumprimento do Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em APS;
- m) 2 fotos 3x4 idênticas e atuais;
- n) Cópia do cartão do Banco Bradesco, com informações da conta-corrente e agência, para recebimento da bolsa.

Assim sendo, haja vista que o envio se dará de forma eletrônica, o Participante deverá encaminhar todos os documentos, acompanhado da declaração de veracidade dos mesmos, conforme modelo abaixo.

**A escolha das Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS será realizada no dia 24 de março de 2020 (terça-feira), 8-12h, via contato telefônico, realizado com cada participante por meio da coordenação do curso, seguindo rigorosamente a classificação e a lista de UAPS disponibilizadas.**

## DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE DOCUMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_ (médico),  
inscrito no Conselho \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade  
nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
na(o) \_\_\_\_\_, DECLARO, nos termos do  
Art. 3º, §2º, da Lei nº 13.726 de 8 de outubro de 2018, que os documentos exigidos no edital nº 01/2020, ora  
apresentados, são cópias fiéis e condizem com o documento original, e estou ciente que, em caso contrário,  
estarei sujeito às sanções da lei penal, sem prejuízo de outras na esfera administrativa e cível cabível.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)  
(CPF)