# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA – SES/PB ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO – ESP/PB

# Edital Nº 010/2023 – ESP/PB EDITAL DE ADESÃO AO CONVÊNIO E AO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA REDE ESCOLA SUS - PB

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO GERAL** | | | | | | | | |
| Nome da Instituição: | | | | | Nome Fantasia: | | | |
| CNPJ: | | | | | Endereço: | | | |
| Curso | | Semestral ou Anual? | | Nº de Períodos do Curso | Nº de Turmas por Ano | | Nº de Alunos por Turma | Nº da Resolução que autoriza o curso (Conselho de Educação) |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |
| PERÍODOS DE ESTÁGIO, DISCIPLINA E LOCAL | | | | | | | | |
| CURSO 1: | | | | | | | | |
| Disciplina | | | Período | Cenário de Prática (Setor: berçário,  gência, clinica médica, cirúrgica, etc) | | Local (Serviço/Hospital) | | Município |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
| CURSO 2: | | | | | | | | |
| Disciplina | | | Período | Cenário de Prática (Setor: berçário,  gência, clinica médica, cirúrgica, etc) | | Local (Serviço/Hospital) | | Município |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |

 

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA – SES/PB ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO – ESP/PB

**PLANO DE TRABALHO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DADOS CADASTRAIS | | | | | |
| Órgão/Entidade Proponente: | | | | CNPJ: | |
| Endereço: | | | | | |
| Cidade: | UF: | CEP: | Telefone: | | Email: |
| 2. JUSTIFICATIVA | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 3. DESCRIÇÃO DO OBJETO | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 4. RESULTADOS ESPERADOS | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA – SES/PB ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO – ESP/PB

**PROPOSTA DE TRABALHO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DADOS CADASTRAIS | | | | | | |
| Órgão/Entidade Proponente: | | | | | CNPJ: | |
| Endereço: | | | | | | |
| Cidade: | | UF: | CEP: | Telefone: | Email: | |
| Nome do Responsável: | | | | CPF: | | |
| RG/Órgão Expedidor: | Cargo: | | | Função: | | |
| Endereço: | | | | | | CEP: |
| 2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES | | | | | | |
| Identificação do Objeto: | | | | | | |
| Justificativa da Proposta de Trabalho: | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Plano de Ação: | | |
| Ações a serem desenvolvidas durante o semestre de trabalho, de forma objetiva | Metas a serem alcançadas durante o semestre de trabalho, de forma objetiva | Recursos Necessários |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |