

## **EDITAL CHAMADA PÚBLICA**

### **TRANSFERÊNCIAS EXTERNAS PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS REMANESCENTES**

### **DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO**

A **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO**, por meio da **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO - ESP/MT**, criada pela Lei Complementar Nº 161/2004, mantida pela SESMT e credenciada para a oferta da Educação Profissional Técnica de Nível Médio na área da saúde, conforme Portaria CEE/MT N.º 294/2002, publicada no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso em 30/12/2002; Considerando a quarta chamada de classificados para efetivação de matrícula; considerando o artigo 44º do Regimento Escolar; Considerando as Resoluções Nº 003/2023/CE-ESPMT/SES-MT e Nº 004/2023/CE-ESPMT/SES-MT, que aprovam o Projeto Pedagógico Institucional da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - PPI, para o período de 2023-2026 o Plano de Desenvolvimento Institucional da ESP/MT- PDI, para o período de 2023-2026, publicação no D.O.E Nº 28.545 de 20 de julho de 2023. Torna público edital para o recebimento de transferências externas ao preenchimento de vagas remanescentes do curso da Educação Profissional Técnica de Nível Médio: Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública, nos municípios de Água Boa, Barra do Garças, Cáceres, Campo Verde, Diamantino, Juara, Juína, Peixoto de Azevedo, Primavera do Leste, Rondonópolis e São Félix do Araguaia, com ingresso no ano de 2023/2024.

#### **1. DO OBJETO E DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1.1. O presente edital tem por objeto dar ampla publicidade a abertura do processo de recebimento de requerimentos de Transferências Externas, para fins de preenchimento de vagas remanescentes da Educação Profissional Técnica de Nível Médio: Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Saúde Pública, nos municípios supra mencionados.

1.2. O requerimento deverá ser preenchido e assinado pelo/a requerente/a, em formulário próprio

---

a ser enviado à ESPMT pelo Coordenador Local ao Responsável Técnico do Curso.

- 1.3. O/a requerente/a deverá optar, pela vaga do curso no município descrito no item 2.
- 1.4. Antes de encaminhar o requerimento, o/a requerente/a deverá conhecer as regras e exigências para o ingresso no referido curso e certificar-se de que preenche todos os requisitos constantes no item 2 e 3 deste edital de chamada pública.
- 1.5. A efetivação da inscrição do/a requerente/a implica o conhecimento e a aceitação das normas e condições estabelecidas neste edital e em outras correlatas que vierem a ser publicadas e divulgadas pela ESPMT, sobre as quais não poderá alegar desconhecimento.
- 1.6. O/a requerente está ciente de que os documentos necessários para análise quanto ao requerimento, e posteriormente para a efetivação da matrícula serão tratados de acordo com a Lei Geral nº 13.709 de 2018, que trata da Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

## **2. DAS VAGAS E DA ESTRUTURA DO CURSO**

- 2.1. As vagas são ofertadas exclusivamente a quem possui o Ensino Médio na data do ato da matrícula.
- 2.2. Caso haja qualquer mudança no número de vagas, a ESP/SES/MT dará ampla divulgação das alterações pelo site.
- 2.3. 2.4. O curso de Educação Profissional Técnico em Enfermagem será desenvolvido de forma presencial, com 200h EAD, totalizando 1.800 horas, distribuídas em 1.200 horas teórico-práticas, 600 horas de estágio curricular obrigatório, desenvolvido no período matutino e vespertino.
- 2.3. Para o ingresso no curso, a ESPMT/SES/MT ofertará vagas remanescentes de acordo com o Quadro 1 e 2 a seguir:

**QUADRO 1 - DURAÇÃO DO CURSO, TURNO DE OFERTA, MODALIDADE, CARGA HORÁRIA, NÚMERO DE VAGAS**

DURAÇÃO	TURNO	MODALIDADE	CARGA HORÁRIA		VAGAS
24 meses	Noturno	Presencial 200h EAD	Teórica	Estágio	51
1.200	600				

**QUADRO 2 - NÚMERO VAGAS OFERTADAS POR MUNICÍPIO:**

MUNICÍPIO	TURMA	NÚMERO DE VAGAS
ÁGUA BOA	ÚNICA	08
BARRA DO GARÇAS	1 E 2	12
CÁCERES	ÚNICA	02

CAMPO VERDE	1	04
DIAMANTINO	ÚNICA	15
JUARA	ÚNICA	04
JUÍNA	2	03
PEIXOTO DE AZEVEDO	ÚNICA	06
PRIMAVERA DO LESTE	1 E 2	14
RONDONÓPOLIS	ÚNICA	02
SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	ÚNICA	04
TOTAL DE VAGAS		74

### **3. DOS REQUISITOS AO REQUERIMENTO E DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

- a) Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- b) Idade mínima de 18 anos completos;
- c) Residir no município ou região do município do curso mencionado no Item 2 - Quadro 2;
- d) Ter concluído o ensino médio;

e) Disponibilidade comprovada para participar do curso presencialmente (Declaração - Anexo III);

f) Disponibilidade comprovada para o estágio nos períodos descritos neste edital (Declaração - Anexo IV).

3.1. O requerimento e toda documentação devem ser enviados exclusivamente por meio eletrônico no Sistema de Gestão Acadêmica (SGA), pelo LINK:

<https://sga.esp.saude.mt.gov.br/f/wfwB0PyW>

3.2. O/a requerente deverá preencher o formulário próprio, constante no Anexo I e inserir as cópias dos seguintes documentos em formato PDF, com boa resolução e sem cortes:

3.2.1. REQUERIMENTO (ANEXO I) devidamente preenchido;

3.2.2. Documento de identidade RG ou CNH (em frente e verso);

3.2.3. CPF (na ausência do cartão, será aceito número CPF constante no RG);

3.2.4. Comprovante de Residência (na região do município);

3.2.5. Documentos que comprovem a conclusão do Ensino Médio, emitido por estabelecimento de ensino devidamente autorizado ou pelo órgão competente, ou documento comprobatório de revalidação de estudos de ensino médio se realizados no exterior;

3.2.6. Histórico Escolar de Conclusão do Ensino Médio (frente e verso) ou Certificado de Conclusão do Ensino Médio pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) ou Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (ENCCEJA). Se no ato do envio do requerimento o/a candidato/a ainda não estiver de posse do Histórico Escolar de conclusão do Ensino Médio, deverá apresentar o histórico parcial ou documento equivalente com as notas do segundo ano do Ensino Médio.

3.2.7. Histórico Escolar parcial do curso Técnico em Enfermagem emitido pela instituição onde está cursando.

3.3. Será considerada válida apenas a última inscrição do requerimento realizado no sistema.

3.4. A ESPMT/SES/MT divulgará a relação dos requerimentos deferidos e indeferidos

---

de acordo com o Cronograma.

3.5. A SES/MT não se responsabiliza por requerimento não recebido por motivos de ordem técnica de computadores; falhas e/ou congestionamento de linhas de comunicação e outros fatores que impossibilitam a transferência de dados.

3.6. A homologação dos requerimentos será publicada de acordo com o Cronograma no endereço eletrônico: <https://www.saude.mt.gov.br>

3.7. Todas as informações do requerimento são de total responsabilidade do(a) candidato(a) ou responsável que a efetuou.

3.8. As inscrições para envio dos requerimentos encerram-se, impreterivelmente, no dia e horários fixados neste Edital.

3.9. Para o/a requerente ou seu representante legal que não dispuser de computador ou acesso à internet para efetuar o envio de requerimento, haverá ponto de apoio para atendimento por intermédio do coordenador Local e Regional da no Escritório Regional de Saúde - ERS dos municípios das vagas ofertadas, no período descrito no cronograma deste edital, das 08h às 11h e / ou das 14h às 16h, conforme disponibilidade de cada unidade

3.10. A documentação que estiver incompleta ou ilegível não será considerada e implicará no indeferimento da transferência pleiteada.

#### **4. DO CRONOGRAMA**

4.1. O resultado do processo de aceite das transferências requeridas será divulgado à partir do dia **22 de novembro de 2023** no endereço eletrônico: [www.saude.mt.gov.br/escola](http://www.saude.mt.gov.br/escola) e no mural dos Escritórios Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - ERS/SES, dos municípios das vagas ofertadas.

4.2. O presente edital de chamada pública seguirá o seguinte cronograma:

ATIVIDADE	PERÍODO
Recebimento de requerimentos online	10 a 14 de novembro
Análises dos requerimentos recebidos	16 a 20 de novembro
Divulgação dos requerimentos aceitos	22 de novembro
Homologação do Resultado Final	23 de novembro
Efetivação das Matrículas	28 a 30 de novembro

## 5. DA MATRÍCULA

### 5.1. DA CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS/AS/REQUERENTES PARA MATRÍCULA

5.2. Após divulgada a homologação do Resultado final candidato/a requerente será convocado e receberá um link via E-mail para efetuar a matrícula pelo SGA;

5.3. A matrícula será realizada, exclusivamente de forma on-line pelo Sistema de Gestão Acadêmica - SGA, e será validada pela Gerência de Documentação e Registro Escolar da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso;

5.4. A não efetivação da matrícula no prazo estipulado, ensejará perda da vaga ofertada sem direito a recurso;

5.5. A convocação será publicada no site da SES [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br) e enviada por e-mail, o mesmo indicado pelo(a) candidato(a) no formulário do requerimento;

5.6. Para efetivação da matrícula o/a requerente/a deverá atender as exigências e diretrizes do

---

Regimento Escolar da ESP/MT, apresentando os **seguintes documentos**:

- a) Ficha de matrícula preenchida online;
- b) Documento de Identidade válido;
- c) CPF (na ausência do cartão do CPF, será aceito cópia do RG onde conta o número CPF)
- d) Título de Eleitor;
- e) Certidão de Reservista, somente para o sexo masculino;
- f) Certidão de Nascimento ou Casamento, quando houver;
- g) Comprovante de Residência (conta de energia ou água) em nome do candidato ou declaração de residência do titular da conta);
- h) Uma foto 3x4 recente (Digitalizada);
- i) Certificado ou Histórico do Ensino Médio
- j) Histórico Escolar parcial do curso Técnico em Enfermagem que está cursando.

## **6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

6.1. Incorporar-se-ão a este Edital, para todos os efeitos e ?ns, quaisquer editais complementares e reti?cações a serem publicados pela ESPMT/SES/MT no endereço eletrônico <https://www.saude.mt.gov.br/escola>

6.2. À ESPMT/SES/MT reserva-se o direito de, a qualquer momento, veri?car a veracidade das declarações ou informações prestadas pelos candidatos/as neste Processo Seletivo. Em caso de informações inverídicas, a ESPMT procederá ao cancelamento da matrícula.

6.3. O curso será custeado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pela Fonte orçamentária 2.600.0000; Programa 526; Atividade 2521; Subação 17; Etapa 2.

6.4. Casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado do Programa de Educação Profissional

Técnica de Nível Médio da COORDENADORIA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE - COFTES/ESPMT, que aprovou, em reunião realizada no dia 10 de outubro de 2023, a oferta de vagas remanescentes do curso Técnico em Enfermagem Descentralizado.

Cuiabá, 06 de novembro de 2023.

**GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO**

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

(Original Assinado)

**A N E X O S**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO**

Requerente (nome completo): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_

Discente				
( ))	( ))	Curso de origem em andamento	( ))	concluído no ano de _____ no município de _____

--	--	--	--	--	--	--

Vem requerer:

( )	Transferência Externa  CURSO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICO EM ENFERMAGEM DESCENTRALIZADO  Local de Realização: ( )Água Boa ( )Barra do Garças ( )Cáceres ( )Campo Verde ( )Diamantino ( )Juara ( )Juína ( )Nova Mutum ( )Peixoto de Azevedo ( )Primavera do Leste ( )Rondonópolis ( )São Félix do Araguaia  Turno: Noturno
-----	--

#### JUSTIFICATIVA

---

---

---

---

Telefones para contato:

---

E-mail próprio:

---

Endereço:

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

---

Assinatura do(a) Requerente

**ANEXO II**

**FICHA DE DADOS PESSOAIS**

**NOME COMPLETO:** \_\_\_\_\_

Nome Social (Decreto Estadual nº 854 de 11/03/21):\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_

Identidade de Gênero:\_\_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_

Raça/Cor/Etnia: \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDADE:** ( ) Ensino Médio Completo

Instituição: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão:\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO:**

Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Av. / Rua: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone/Fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Local / Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_,

CPF nº. \_\_\_\_\_ declaro, para fins de disponibilidade, que posso frequentar regularmente e com pontualidade o **Curso de Educação Profissional Técnico em Enfermagem**, pela ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO - ESP/MT, no município de \_\_\_\_\_, noturno, de segunda-feira à sexta-feira, NÃO TENDO NENHUM

---

IMPEDIMENTO OU INCOMPATIBILIDADE DE QUALQUER NATUREZA.

Local e data, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO CIÊNCIA DE DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº: \_\_\_\_\_, declaro minha ciência deque os estágios curriculares do **Curso de Educação Profissional Técnico em Enfermagem**, no município de \_\_\_\_\_, somente serão realizados nos turnos matutino e vespertino e que terei disponibilidade para frequentá-los com regularidade e pontualidade, conforme o Regimento Interno da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, NÃO TENDO NENHUM IMPEDIMENTO OU INCOMPATIBILIDADE DE QUALQUER NATUREZA.

Local e data, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura do(a) candidato(a)