

|                                                                                                                                                                                                                                    |                |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                                                     |                |               |
| Idade:                                                                                                                                                                                                                             | Nascimento:    | Naturalidade: |
| Nacionalidade:                                                                                                                                                                                                                     | Estado Civil:  | Sexo:         |
| RG:                                                                                                                                                                                                                                | Orgão Emissor: | CPF:          |
| End.Residencial:                                                                                                                                                                                                                   |                |               |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                            | CEP:           | Cidade:       |
| Telefone:                                                                                                                                                                                                                          | Celular:       | Email:        |
| II - DADOS PROFISSIONAIS:                                                                                                                                                                                                          |                |               |
| Local de Trabalho:                                                                                                                                                                                                                 |                |               |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                          |                |               |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                            | Telefone:      | Fax:          |
| Matrícula Funcional:                                                                                                                                                                                                               | Lotação:       |               |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                                             | Função:        |               |
| Regime de Trabalho/Horário:                                                                                                                                                                                                        |                |               |
| III - IDENTIFICAÇÃO DO CURSO PRETENDIDO:                                                                                                                                                                                           |                |               |
| Curso:                                                                                                                                                                                                                             |                |               |
| Instituição de Ensino:                                                                                                                                                                                                             |                |               |
| Valor total do Curso:                                                                                                                                                                                                              |                |               |
| Período do Curso:                                                                                                                                                                                                                  |                |               |
| Previsão de início das aulas:                                                                                                                                                                                                      |                |               |
| Dias e horários das aulas:                                                                                                                                                                                                         |                |               |
| Obs.: Anexar a esta ficha de inscrição folder e/ou página da internet e/ou documento emitido pela instituição de ensino contendo informações do curso pretendido (Ex.: objetivo do curso, público alvo, módulos de aula, valores). |                |               |
| IV - OUTRAS INFORMAÇÕES:                                                                                                                                                                                                           |                |               |
| Descrição das atividades desenvolvidas no órgão:                                                                                                                                                                                   |                |               |
| Desenvolve outras atividades profissionais paralelas às que desempenha na Administração Pública? ( ) Não ( ) Sim<br>Caso Sim, Qual (is)?                                                                                           |                |               |
| Vínculo Funcional:<br>( ) Efetivo ( ) Estatutário Estável ( ) Temporário ( ) Cargo Comissionado                                                                                                                                    |                |               |
| Tempo de Serviço Público: _____ Ano(s) _____ Mês(es) _____ Dia(s)                                                                                                                                                                  |                |               |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                |               |

Declaro para os fins de direito que não participei de curso(s) de Pós-graduação Lato Sensu financiados pelo Governo do Estado do Pará nos últimos 03 (três) anos e que as informações acima prestadas são verdadeiras, corretas e atualizadas.

Data da Inscrição: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)

**ANEXO II**

**MODELO DE CARTA DE INTENÇÃO**

Instruções:

O candidato deverá elaborar um documento contendo até 2 (duas) páginas, com o texto escrito em fonte ARIAL, tamanho 10 e espaço 1,5 entre as linhas, contendo as seguintes informações:

- Identificação: Nome do candidato;
- Descrição das atividades profissionais que desenvolve (vale 1,0 ponto);
- O que o (a) motivou a realizar o curso pretendido e qual sua perspectiva em relação ao mesmo (vale 4,0 pontos);
- Quais atividades profissionais você já desenvolveu na área de conhecimento do curso (vale 2,0 pontos).
- Disserte sobre a temática que planeja desenvolver em seu trabalho de conclusão de curso, justificando a importância deste estudo e sua aplicabilidade para a Fundação HEMOPA, descrevendo os seus objetivos (vale 3,0 pontos).

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCESSO SELETIVO DE CUSTEAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ÁREA ADMINISTRATIVA</b> |
| <b>NOME COMPLETO DO CANDIDATO:</b>                                              |
| <b>Nº RG:</b>                                                                   |
| <b>FUNDAMENTAÇÃO DO RECURSO:</b>                                                |

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Servidor Público (a)

**ANEXO IV**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Por meio deste instrumento, a FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ, com sede nesta cidade, situada na Travessa Padre Eutíquio nº 2109, Bairro Batista Campos, inscrita sob o CNPJ nº 05.837.521/0001-11, neste ato representado por seu Presidente PAULO ANDRÉ CASTELO BRANCO BEZERRA, e o servidor(a) público(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome completo), ocupante de Cargo ou Emprego Público efetivo de \_\_\_\_\_ (especificar o cargo), do \_\_\_\_\_ quadro de pessoal do(a) \_\_\_\_\_ (unidade à qual pertence o cargo ocupado), resolvem celebrar o presente TERMO DE COMPROMISSO, que se regerá mediante as seguintes condições:

1. O(a) servidor(a) acima qualificado, inscrito voluntariamente no Processo Seletivo para Custeamento de Pós-graduação Latu Sensu em Área Administrativa, e selecionado pela FUNDAÇÃO HEMOPA, DECLARA achar-se livre e desembaraçado de qualquer impedimento que possa frustrar o cumprimento do cronograma de atividades do curso, com início em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e término previsto para \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
2. A FUNDAÇÃO HEMOPA custeará integralmente o valor do curso para o(a) servidor (a) levando em consideração:
  - O (A) servidor(a) oriundo de outros municípios que se deslocar para o polo de realização do Curso, será responsável pelas despesas provenientes de deslocamento, bem como hospedagem e alimentação, as quais NÃO serão custeadas pela Fundação HEMOPA.
  - O (A) servidor(a), por se tratar de recursos oriundos de Convênio Federal, se compromete em caso de reprovação ou não conclusão do curso em ressarcir integralmente o valor pago pela FUNDAÇÃO HEMOPA.
  - Em caso de desistência imotivada ou reprovação por frequência insuficiente a 75% nos módulos ou no semestre do curso, o(a) servidor(a) faltante ressarcirá os cofres públicos pelo investimento perdido, considerado o seu valor integral do curso, que será corrigido monetariamente pelo Índice Nacional de Preço ao Consumidor –
- 3.O(a) servidor(a) autoriza expressamente o órgão pagador de seus salários a efetuar descontos mensais consignados em folha de pagamento e transferi-los subsequentemente à Fundação HEMOPA, dentro da margem legalmente prevista, até a satisfação integral do débito.
  - 3.1 É facultado ao(a) servidor(a), a qualquer momento, o pagamento integral do débito, mediante depósito em conta corrente aberta pela Fundação HEMOPA para esse fim específico.
  - 3.2 A Fundação HEMOPA emitirá Termo de Quitação em favor do(a) servidor(a) para que o mesmo se desonere da obrigação prevista no item “4.1” do presente instrumento.
  - 3.3 Não constituem desistência imotivada para os fins deste instrumento, as hipóteses de caso fortuito e/ou força maior, devidamente comprovado(a) pelo servidor, após avaliação realizada por comissão constituída de no mínimo 03(três) membros, designados pela Presidência da Fundação HEMOPA, que emitirão parecer em conjunto acerca do assunto.
  - 3.4 Também não configuram desistência imotivada os casos de Superior Interesse Público, devidamente fundamentados por escrito pelo Gestor do órgão ou entidade para a qual presta serviços o servidor.
- 4.A Fundação HEMOPA prestará contas aos órgãos de controle, na forma da Lei, dos recursos recebidos a título de ressarcimento ao erário, que deverão ser obrigatoriamente revertidos nas ações de formação e aperfeiçoamento de servidores públicos.
5. Fica eleito o Foro da Cidade de Belém do Pará para dirimir quaisquer controvérsias porventura suscitadas em decorrência deste instrumento, que não puderem ser solucionadas por
6. E, por estarem de acordo, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só fim, juntamente com as testemunhas abaixo identificadas.

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**PAULO ANDRÉ CASTELO BRANCO BEZERRA**  
Presidente da Fundação HEMOPA

Servidor (a) Público

Protocolo: 424701