

Insira aqui o timbre da Instituição de Ensino

Este documento deve ser enviado em FORMATO WORD para a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

PLANO DE TRABALHO – INSTITUIÇÕES DE ENSINO PRIVADAS
ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS NA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - 2026

1.DADOS CADASTRAIS

Proponente			CGC	
Insira aqui a informação			Insira aqui a informação	
Endereço				
Insira aqui a informação				
Cidade	UF	CEP	DDD/telefone	Endereço eletrônico (e-mail)
Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação
Criação da instituição: portaria MEC nº: publicação no D.O.U.: Dados de criação da instituição – número da portaria do MEC para instituição de ensino superior e portaria da Secretaria de Educação para instituição de ensino técnico e data da publicação do Diário Oficial da União/Estado – (no que se aplicar).			Autorização: Curso de Portaria: Publicado no D.O.U. em: Os cursos listados devem estar em acordo com o relatório do SGEO.	
Nome do Responsável pela Instituição			CPF	
Insira aqui a informação			Insira aqui a informação	
CI/Órgão expedidor /UF			Cargo	Função
Insira aqui a informação			Insira aqui a informação	Insira aqui a informação
Endereço			CEP	
Insira aqui a informação			Insira aqui a informação	

2. ENTIDADE MANTENEDORA

Nome da Entidade (Quando Se Aplicar):		
Insira aqui a informação		
CNPJ:	Esfera- Administrativa:	
Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	
Endereço		
Insira aqui a informação		
CEP	DDD/telefone	Endereço eletrônico (e-mail)
Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação

Insira aqui o timbre da Instituição de Ensino

Este documento deve ser enviado em FORMATO WORD para a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

3. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto	Período de Execução	
	Início	Término
Convênio para a realização de Estágios Supervisionados e Práticas de Ensino Curriculares	Insira aqui a data	Insira aqui a data
Identificação do objeto da cooperação		
Realização de Estágios Supervisionados e Práticas de ensino Curriculares não remunerados por alunos de Graduação em saúde da (nome da IES) para os cursos (lista cursos).		
Responsável técnico do projeto		
Insira aqui a informação		
Endereço do responsável técnico	DDD/Telefone	Endereço eletrônico
Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação

4. JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Insira aqui a justificativas

Insira aqui o timbre da Instituição de Ensino

Este documento deve ser enviado em FORMATO WORD para a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

5. DESCRIÇÃO DETALHADA DO OBJETIVO DO COMPONENTE DE ESTÁGIO POR CURSO

Curso	Objetivos
Insira aqui a informação	Objetivos Gerais: Elencar as competências, habilidades e conhecimentos que os alunos irão desenvolver ao longo do estágio ou prática de ensino.
Curso	Objetivos
Insira aqui a informação	Objetivos Gerais: Elencar as competências, habilidades e conhecimentos que os alunos irão desenvolver ao longo do estágio ou prática de ensino.
Curso	Objetivos
Insira aqui a informação	Objetivos Gerais: Elencar as competências, habilidades e conhecimentos que os alunos irão desenvolver ao longo do estágio ou prática de ensino.
Curso	Objetivos
Insira aqui a informação	Objetivos Gerais: Elencar as competências, habilidades e conhecimentos que os alunos irão desenvolver ao longo do estágio ou prática de ensino.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DO OBJETIVO POR CURSO

Meta	Etapa/Fase	Especificação das Disciplinas		Duração	
				Início	Término
1	Disciplina:	Insira aqui a Disciplina		Insira a data	Insira a data
1.1	Insira aqui a informação	Período	Carga Horária	Insira a data	Insira a data
1.2	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira aqui a informação	Insira a data	Insira a data

7.CONTRAPARTIDA FINANCEIRA DO PROPONENTE

O valor total da contrapartida correspondente ao exercício de 2025 é de R\$ [inserir valor total], destinado aos cursos de [listar cursos]. Na qualidade de Representante Legal do Proponente, por meio deste, firmo o compromisso irrevogável de efetuar o desembolso do valor total da contrapartida, o qual será fracionado em três parcelas mensais, com vencimento fixado para o dia 15 de cada mês.

As referidas parcelas serão pagas por meio de depósitos mensais em conta bancária específica do Fundo Estadual de Saúde (FESBA), conforme estabelecido no Termo de Convênio a ser celebrado com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em conformidade com o

Insira aqui o timbre da Instituição de Ensino

Este documento deve ser enviado em FORMATO WORD para a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

disposto no item 12 do Edital de Chamamento Público nº 002/2026, e em estrita observância ao cronograma de desembolso que se segue:

Parcela	Data de Vencimento	Valor (R\$)
1ª Parcela	10 dias após a publicação	R\$
2ª Parcela	xxxx/2026	R\$
3ª Parcela	xxxx/2026	R\$

8.DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Na qualidade de Representante Legal do Proponente, para os devidos fins e para efeito de comprovação junto à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, declaro, sob as penas da lei, que não existe qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou Estadual, nem com qualquer Órgão ou Entidade da Administração Pública Federal ou Estadual, que possa obstruir ou impedir a transferência de recursos oriundos das dotações orçamentárias do Estado, conforme disposto no presente Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Nome do Representante Legal
Cargo/Função do Representante Legal

Este documento será assinado via SEI, não há necessidade de incluir assinatura, apenas o nome do Representante Legal conforme modelo acima.

APROVAÇÃO PELO ESTADO / CONCEDENTE

O Estado da Bahia, na qualidade de concedente, aprova o Plano de Trabalho apresentado pelo Proponente, conforme as condições estabelecidas. A presente aprovação autoriza o início da execução das ações descritas no referido plano, em conformidade com as normas e diretrizes aplicáveis.

Este Termo entra em vigor na data de sua assinatura, ficando o Proponente responsável pela implementação do projeto conforme aprovado.

Roberta Silva de Carvalho Santana
Secretária da Saúde do Estado da Bahia

Insira aqui o timbre da Instituição de Ensino

Este documento deve ser enviado em FORMATO WORD para a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

--