



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**  
**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS**  
**RODRIGUES (ESP/CE)**

**DECLARAÇÃO DO GESTOR (PARA SER ENTREGUE NO ATO DA MATRÍCULA)**

Eu, (*NOME COMPLETO DO GESTOR*) \_\_\_\_\_,  
GESTOR do(a) (*DESCREVER O CARGO*) \_\_\_\_\_,  
DECLARO que o(a) profissional (*NOME COMPLETO DO*  
*PROFISSIONAL*) \_\_\_\_\_, CPF:  
\_\_\_\_\_ aprovado(a) no PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL, pertinente ao Edital nº 01/2019 da ARES,  
possui liberação profissional formal do serviço no qual é lotado atualmente no(a)  
\_\_\_\_\_ para realização da **RESIDÊNCIA**  
**MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL DA SAÚDE DA ESP/CE**, carga horária e  
cronograma propostos pelo programa, pelo período mínimo de 02 (dois) anos consecutivos, a  
partir no primeiro dia de março de 2020, com regime de dedicação exclusiva.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

**ASSINATURA DO GESTOR (Deverá ser o Gestor maior da Instituição).**