- 9. Certidão de quitação eleitoral (2 cópias)
- 10. k) Certidão de Nascimento ou casamento (2 cópias);
- 11. I) Cópia do comprovante de quitação com o serviço, Certificado militar (candidatos do sexo masculino (2 cópias candidatos);
- 12. m) Comprovante de Residência (2 cópias);
- 13. n) Fotocópia autenticada, frente e verso, do Diploma da graduação ou Certificado/declaração de conclusão do curso de Medicina (3 cópias); ou certificado original.
- 14. o) Para as especialidades que exigem Pré-Requisito deverá ser apresentado, também, certificado ou Declaração de Conclusão do PRM credenciado pela CNRM/MEC - cópia autenticada em cartório ou original com cópia para autenticação da recepção.
- 15. p) Documento de Contribuinte Individual no RGPS Lei nº 932/07/07/81 (seguro acidente Individual - 02 cópias);
- 16. q) Carteira de vacina atualizada (02 cópias).

10. INÍCIO DOS PROGRAMAS:

2025. O programa de Residência Médica do Processo Seletivo Complementar de que trata este Edital, iniciará no dia 02/09/2025.

2026. Ao Residente faz jus a bolsa mensal, com valor estipulado pelo

11. CASOS DE OMISSÃO:

Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pela Coordenação da Residência Médica e Diretoria de Ensino e Pesquisa do HOL, de acordo com regimento da COREME-HOL e CNRM-MEC.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| ATIVIDADE | PERÍODO | HORÁRIO | LOCAL | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Período de Inscrição | 18/08 a 20/08/2025 | Até às 23h59 do dia 20/08/2025 | Link: https://forms.gle/kqETCF9kxENpMSXt5 | | | | | |
| Realização da Prova | 25/08/2025 | 9h às 12h | Aud. Luís Geolás - Hospital Ophir Loyola - HOL | | | | | |
| Divulgação do Gabarito Preliminar | 25/08/2025 | A partir das 14h | Site do HOL http://www.ophirloyola.pa.gov.br | | | | | |
| Interposição de Recurso ao Gabarito preliminar | 26/08/2025 | Até às 12h | Divisão de Ensino – DIEP – HOL dep_ensino_hol@yahoo.com.br | | | | | |
| Divulgação do Gabarito Final | 26/08/2025 | A partir das 14h | Site do HOL http://www.ophirloyola.pa.gov.br | | | | | |
| Em caso de empate entre candidatos – proceder com o envio para Análise Curricular | 27/08/2025 | Até às 12h | Divisão de Ensino – DIEP – HOL dep_ensino_hol@yahoo.com.br | | | | | |
| Divulgação do resultado preliminar | 28/08/2025 | Até às 12h | Site do HOL http://www.ophirloyola.pa.gov.br | | | | | |
| Interposição de recurso ao resultado preliminar | 28/08/2025 | 14h até 18h | Divisão de Ensino – DIEP – HOL dep ensino hol@yahoo.com.br | | | | | |
| Divulgação do resultado final | 29/08/2025 | A partir das 14h | Site do HOL http://www.ophirloyola.pa.gov.br | | | | | |
| Matrícula | Matrícula 01/09/2025 8h | | Divisão de Ensino - DIEP - HOL | | | | | |
| Início da Residência | 02/09/2025 | 8h | Hospital Ophir Loyola – HOL | | | | | |

Belém-PA, 13 de agosto de 2025. Comissão de Residência Médica - HOL

ANEXO I

nal:

Instrumento de Avaliação do Currículo/Processo Seletivo

Nome: Data: Residência/Curso: Avaliador: Nota Prova: Nota Currículo: Nota

| Núme- ro Or- dem | Atividades Exercidas | Número de Docu- mento a Anexar | Pontuação por Docu- mento | Pon- tuação Máxima | Pontua- ção Alcan- çada | Tipo de Documento a Apresentar |
|------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| 01 | Estágio voluntário com duração de 03 a 06 meses ou carga horária mínima 300h-3M 600h-6M | 1 (3M) 1 (6M) | 0,6 1,2 | 1,2 | | Declaração/Certificado em papel timbrado da Instituição, assinatura reconhecida. |
| 02 | Media de aprovação final do curso de graduação em medicina | 1 | 1 - 6 6 - 8 8 - 10 | 0,3 0,6 1,0 | | Histórico Escolar do Curso de graduação |
| 03 | Cursos com carga horária igual ou superior a 30hs | 2 | 0,5 | 1,0 | | Certificado comprovando a carga horária e freqüência, assinatura reconhecida. |
| 04 | Trabalhos publicados em revistas da área de saúde. | 2 | 0,8 | 1,6 | | Xerox do artigo e referên- cia da revista na qual foi publicado. |
| 05 | Monitorias com duração de 03 meses, ou participação no colegiado de curso | 2 | 0,5 | 1,0 | | Declaração em papel timbrado do órgão |
| 06 | Apresentação de trabalhos em eventos científicos | 2 | 0,6 | 1,2 | | Certificado de apresentação do trabalho no evento |
| 07 | Participação em eventos científicos | 8 | 0,1 | 0,8 | | Certificado emitido pelo órgão promotor do evento |
| 08 | Participação em projetos de extensão, ou pesquisa extracurricular | 2 | 0,6 | 1,2 | | Certificado / Declaração em papel timbrado da Instituição |

| 09 | Língua estrangeira: Curso básico Curso completo | 2 | 0,4 0,6 | 1,0 | Certificado/Declaração com timbre da Instituição |
|----|---|---|------------|------|---|
| | TOTAL | | | 10,0 | |

OBS:

- 1 O currículo terá valor máximo 10 pt.
- 2 Não serão considerados para fins de pontuação:
- Os documentos que não atenderem as normas acima e com mais de 5 anos, a contar da data de publicação do edital;
- Os documentos que mesmo atendendo as normas previstas, ultrapassem o limite para cada "Atividade Exercida";

Assinatura do Avaliador Assinatura do Supervisor

Protocolo: 1233585

RECONHECIMENTO DE DIVIDA Interessado: HOSPITAL OPHIR LOYOLA (PAE) Processo nº E-2025/ 2945172

Valor: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)

Justificativa: o valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), para pagamento pela Locação de CRANIÓTOMO ELÉTRICO com fornecimento de insumos, referente ao período de 08/05/2025 a 07/06/2025, conforme nota fiscal nº 91 da empresa GKY DISTRIBUIDORA LTDA, Nome Fantasia, IMPLA, como Termo Reconhecimento de Divida.

10.302.1507.8880.3390.39. Dotação Orçamentária: Fonte:

01500100203/01659000069

Ordenador de Despesa: Heraldo Francisco Da Costa Pedreira

Protocolo: 1233796

PORTARIA Nº 657/2025 - GAB/DG/HOL

O DIRETOR GERAL DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo Decreto de 31/01/2025, Publicado no DOE nº 36.122 de 03/02/2025.

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Lei nº 6.106 de 14/01/1998, que institui as Gratificações de Plantão e Sobreaviso na Administração Pública Estadual:

CONSIDERANDO o art. 4º caput do Decreto nº 446, de 26/09/2003, que regulamenta o pagamento das Gratificações de Plantão e Sobreaviso em favor dos servidores da área da saúde do Estado;

CONSIDERANDO os termos contidos no processo nº 2025/2492847 de 08/04/2025.

RESOLVE:

AUTORIZAR realização de regime de Plantão e sobreaviso para o servidor PAULO MARCIO CORDEIRO FERREIRA, matrícula 54194966/1, ocupante do Cargo de Monitor, cedido para o HOL, conforme PORTARIA Nº 307 de 13/03/2025 – FASEPA, publicada no DOE nº 36.171 de 25/03/2025.

DÊ-SE CIÊNCIA, REGISTRE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE

Hospital Ophir Loyola

Em, 14 de agosto de 2025.

Heraldo Francisco da Costa Pedreira

Diretor Geral do HOL

RECONHECIMENTO DE DIVIDA Interessado: HOSPITAL OPHIR LOYOLA (PAE) Processo nº E-2025/3044786

Valor: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)

Justificativa: o valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), para pagamento pela Locação de CRANIÓTOMO ELÉTRICO com fornecimento de insumos, referente ao período de 08/07/2025 a 07/08/2025, conforme nota fiscal nº 92 da empresa GKY DISTRIBUIDORA LTDA, Nome Fantasia, IMPLA, como Termo Reconhecimento de Divida.

10.302.1507.8880.3390.39. Dotação Orçamentária:

01500100203/01659000069

Ordenador de Despesa: Heraldo Francisco Da Costa Pedreira

Protocolo: 1233805

Protocolo: 1233802

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

PORTARIA

PORTARIA Nº567/2025/GAPE/FSCMPA

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 6.178, de 30 de dezembro de 1998, e posteriores alterações, e, CONSIDERANDO o PAE E-2025/2301478

I-DESIGNAR o servidor CARLOS ANTONIO TAVARES, Cargo: Coordenador de Almoxarifado, Matrícula: 5468264/3, E-mail: almoxarifado@santaca-sa.pa.gov.br, Telefone: (91) 3251-2371, Lotado na Coordenação de Almoxarifado - CALM, para exercer o encargo de FISCAL DO CONTRATO nº 122/2025/FSCMPA, oriundo PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº90033/2025/ FSCMPA; firmados pela empresa E R TRINDADE LTDA, CNPJ/MF sob o n.º 04.252.742/0001-65 e a FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ - FSCMPA, CNPJ/MF sob o nº 04.929.345/0001-85, tendo como ob-