

ANEXO I

Processo seletivo para Apoiadores COSEMS PA – 001/2025

FICHA DE VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PESSOAIS – APOIADORES

INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA PESSOA JURÍDICA

NOME:

CNPJ:

ENDEREÇO:

INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO PREPOSTO DA PESSOA JURÍDICA.

Nome completo:

Data de Nascimento: ____/____/____ **Idade:**____ **Sexo:**_____

Endereço residencial:

Município/Região:

E-mail:

Telefone:

RG:

CPF:

Função atual e carga horária:

Regiões que pretende atuar:

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Graduação 1:

Graduação 2:

Especializações:

Mestrado:

Doutorado:

Anexo II – Questionário

1. Possui experiência comprovada em Educação Permanente?

() **sim** () **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência em Educação Permanente?

b. Faça uma breve descrição da sua experiência em Educação Permanente:

2. Já atuou como Apoiador(a) COSEMS?

() **sim** () **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência como Apoiador(a) COSEMS?

b. Faça uma breve descrição da sua experiência como Apoiador(a) COSEMS:

3. Possui experiência comprovada em Gestão do SUS?

() **sim** () **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência em Gestão?

b. Em caso afirmativo, quais foram(são) suas principais atividades de Gestão?

4. Possui experiência comprovada na Atenção Primária em Saúde no SUS?

() **sim** () **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência na Atenção Primária em Saúde?

b. Em caso afirmativo, quais foram(são) suas principais atividades na Atenção Primária em Saúde?

5. Possui experiência comprovada na Atenção Especializada no SUS?

sim **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência na Atenção Especializada no SUS?

b. Em caso afirmativo, quais foram(são) suas principais atividades na Atenção Especializada no SUS?

6. Possui experiência comprovada no Controle Social no SUS (Conselho Municipal de Saúde; Conselho Estadual de Saúde; Associações de usuárias/os; Sindicatos de Trabalhadores da Saúde)?

sim **não**

a. Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência no Controle Social no SUS?

b. Em caso afirmativo, quais foram(são) suas principais atividades no Controle Social no SUS?

7. Possui vínculo de apoiador em outras instituições ?

sim **não**

a. Caso tenha assinalado SIM, em qual instituição ?

8. Já foi SMS (Secretario Municipal de Saúde)?

a. Caso tenha assinalado SIM, em qual município ?; qual ano?; por quanto tempo ?

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Eu, nome (...), nacionalidade (...), estado civil (...), portador da Carteira de Identidade RG n.º (...), inscrito no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda CPF/MF n.º (...), residente e domiciliado (...) DECLARO para os devidos fins e efeitos legais, que:

- a) Que não ocupo cargo comissionado ou função de confiança em qualquer Município;
- b) Que não ocupo cargo administrativo ativo, cargo comissionado, função de confiança no Ministério da Saúde ou em Secretaria Estadual;
- c) Que não ocupo função como membro do Poder Legislativo e Judiciário (Classificação Brasileira de Ocupação – CBO n.º 111);
- d) Que não ocupo cargo em Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- e) Que não exerço qualquer função que, em termos de carga horária, gere incompatibilidade com as atividades inerentes a proposta de trabalho estabelecida pelo COSEMS-PA e impossibilite a participação no processo de formação proposto pela equipe técnica;
- f) Que não presto serviço de Consultoria relacionado à gestão em saúde.

As informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a falsidade das mesmas implica na subsunção ao crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal.

Local , _____ de _____ de 2025.

Nome e assinatura do candidato (a)