**ANEXO II - TERMO DE RESPONSABILIDADE EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 002/2025/SUESP/ESP/SES/MT**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador (a) do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, D E C L A R O estar ciente das condições de oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família, a ser realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso e comprometo-me em caso de desistência não justificada, restituir o valor total do investimento do referido curso, conforme estabelecido no Projeto Pedagógico do Curso.

LOCAL(MT), \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO III - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO E AUTORIZAÇÃO DO GESTOR - EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 002/2025/SUESP/ESP/SES/MT.**

(Nome da instituição em papel timbrado)

Eu, (nome do Secretário de Saúde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no exercício do cargo de Secretário de Saúde do Município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o(a) candidato(a) (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNS Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que desempenha a função/atividade de (função do candidato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com vínculo na Unidade de Saúde sob CNES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, onde atua o médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculado ao Programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Mais Médicos ou Médicos Pelo Brasil) , para participar do Curso de  Especialização em Saúde da Família (PEPSUS), uma vez que o perfil do mesmo atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital nº 002/2025 fruto da parceria entre a UFRN, Ministério da Saúde e Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

Informo estar ciente de que se trata de um curso realizado na modalidade EaD, com carga horária de 360 horas e, para fins de certificação, contará com tarefas realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS, e desenvolvidas no local de trabalho, bem como um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), fruto de atividades realizadas nos serviços de atuação do profissional, preferencialmente junto à equipe da unidade de saúde ao qual está vinculado.

Dessa forma:

1. Declaro meu apoio e liberação do profissional para participar das atividades deste curso, que requer dedicação semanal de 8h.
2. Declaro que o profissional acima indicado atua diretamente na Unidade de Saúde acima listado, que possui profissional médico dos programas de provisão do Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025. (local e data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura eletrônica do gestor

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE PONTUAÇÃO E VERACIDADE - EDITAL DE SELEÇÃO DE EDUCANDOS Nº 002/2025/SUESP/ESP/SES/MT.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critérios para pontuação** | **Pontos máxima por item** | **Pontuação informada pelo candidato** |
| Possuir vínculo trabalhista efetivo | 3 |  |
| Possuir atuação na atenção primária em saúde | 2 |  |
| Não possuir titulação (pós graduação) na área da atenção primária em saúde | 1 |  |
| Não atuar em outras unidades de saúde, além da que já tem vinculação | 2 |  |
| Possuir cargo de gestão, responsável técnica (RT) na área da atenção primária em saúde | 2 |  |
| **Total** | 10 |  |

OBS: o candidato deverá preencher a última coluna com a respectiva pontuação e soma total.

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data da expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos apresentados para o Processo Seletivo N° 002/2025 do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do, são verdadeiros e autênticos (fiéis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época). Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmamos a presente.  Local, \_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2025 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assinatura eletrônica)