**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO** |
| **DADOS EMPRESARIAIS** |
| NOME EMPRESARIAL: |  |
| CNPJ/MF: |  |
| ENDEREÇO |  |
| NÚMERO: |  | COMPLEMENTO: |  |
| MUNICÍPIO: |  | ESTADO: |  |
| CEP: |  |
| NOME DO SÓCIO ADMINISTRADOR |  |
| TELEFONE COM DDD : |  |
| EMAIL: |  |
| Nº CELULAR (WhatsApp) |  |
| ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL: | CNAE:DESCRIÇÃO: |
| ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS: | CNAE:DESCRIÇÃO: |
| **DADOS DO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO (APOIADOR)** |
| NOME COMPLETO: |  |
| ENDEREÇO  |  |
| SEXO: | ( ) F ( ) M | DATA DE NASCIMENTO: |  |  |  |
| IDENTIDADE |  | ÓRGÃO EXPEDIDOR: |  |
| CPF: |  |
| ENDEREÇO: |  |
| NÚMERO: |  | COMPLEMENTO: |  |
| MUNICÍPIO: |  | ESTADO: |  |
| CEP: |  |
| TELEFONE COM DDD: |  |
| EMAIL: |  |
| Nº CELULAR (WhatsApp) |  |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (APOIADOR)** |
| **1) Possui diploma de curso de pós‐graduação em nível de doutorado (título de doutor)? (Será aceito certificado/declaração de conclusão de curso de Doutorado, desde que acompanhado de histórico escolar).** |
| Resposta: - Descrição: |
| **2) Possui diploma de curso de pós‐graduação em nível de mestrado (título de mestre)? (Será aceito certificado/declaração de conclusão de curso de Mestrado, desde que acompanhado de histórico escolar).** |
| Resposta: - Descrição: |
| **3) Possui certificado de conclusão de Residência em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multiprofissional ou uniprofissional, reconhecido pelo Ministério da Educação? (Será aceita a declaração de conclusão de pós‐graduação em nível de especialização, desde que acompanhada de histórico escolar).** |
| Resposta: - Descrição: |
| **4) Possui certificado de curso de pós‐graduação em nível de especialização *lato sensu*, com carga horária mínima de 360 h/a, reconhecido pelo Ministério da Educação? (Será aceita a declaração de conclusão de pós‐graduação em nível de especialização, desde que acompanhada de histórico escolar).** |
| Resposta: - Descrição: |
| **5) Possui certificado de curso de aprimoramento em Práticas de Apoio para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, com cargo horária mínima de 180h (Será aceita a declaração de conclusão de pós‐graduação em nível de aperfeiçoamento.** |
| Resposta: - Descrição: |
| **6) Possui certificado de curso de atualização/extensão na área de Gestão em Saúde, realizado em instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **7) Possui certificado de curso de capacitação na área de Gestão em Saúde.** |
| Resposta: - Descrição: |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (APOIADOR)** |
| **8) Possui experiência comprovada em atividades de apoio à instituição de saúde?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **9) Possui experiência comprovada em educação permanente em saúde?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **10) Possui experiência comprovada nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento)?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **11) Possui experiência comprovada em atividades do controle social no Sistema Único de Saúde?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **12) Participação em eventos, congressos, exposições e feiras na área da Saúde?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **13) Organização de eventos, congressos, exposições e feiras na área da Saúde?** |
| Resposta: - Descrição: |
| **REQUISITOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (APOIADOR)** |
| **14) Possui disponibilidade para participar das reuniões e atividades de formação presencial no estado de origem (eventos regionais e ou estaduais) ou em outro estado (eventos nacionais)?** |
| Resposta:  |
| **15) Possui disponibilidade de 10 a 20 horas semanais para as atividades previstas no Projeto Apoiador COSEMS?** |
| Resposta: |
| **16) Possui disponibilidade para participar dos momentos presenciais de aprendizagem do Projeto Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, nacionais e/ou estaduais?** |
| Resposta: |
| **17) Possui experiência profissional na região de saúde onde desenvolverá as atividades propostas do Projeto Apoiador COSEMS?** |
| Resposta: |
| **VÍNCULOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (APOIADOR)** |
| **18) Exerce cargo comissionado ou possui vínculo empregatício com União, Estado, Município ou Distrito Federal? Em caso afirmativo, onde e qual cargo?** |
| Resposta: |
| **19) Possui vínculo com Consórcios Intermunicipais de Saúde? Em caso afirmativo, onde e qual cargo?** |
| Resposta: |
| **20) Trabalha com serviços de consultoria relacionados à gestão em saúde para algum município? Em caso afirmativo, qual município?** |
| Resposta: |

- Anexar todos os documentos exigidos e os títulos correspondentes.

- A ficha de inscrição poderá ser preenchida em letras de forma (legível), datilografada ou digitalizada, não sendo aceito com rasuras ou escrita não compreensível.

Cidade e data.................

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOME DA EMPRESA**

**Nome e assinatura do sócio administrador**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e assinatura do(a) responsável técnico**