

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
ANEXO II
FICHA DE INSCRIÇÃO

1. Nome:			2. Sexo: M() F()		
3. IDENTIDADE:	4. ÓRGÃO EXPEDIDOR:	5. DATA DE NASCIMENTO:	6. CPF:		
7. ENDEREÇO:					
8. BAIRRO:		9. CEP:	10. MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:		
11. FONE:		12. E-MAIL:			
13. ESCOLARIDADE:			14. PÓS-GRADUAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> ENSINO FUND INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO: _____			_____ _____		
15. GARGO/FUNÇÃO:	16. MAT. FUNCIONAL:	17. LOCAL DE LOTAÇÃO:			
18. MUNICÍPIO ONDE TRABALHA:					
19. SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO					

TERMO DE COMPROMISSO

Este Termo de Compromisso Individual assegura o direito ao servidor de participar do curso/capacitação/oficina oferecido pela Escola Técnica do SUS "Dr. Manuel Ayres".

O Participante deverá cumprir o mínimo de 75% de frequência nas disciplinas do curso/capacitação/oficina citado acima, mediante comprovação em lista de frequência, resguardando direito de apresentar atestado médico para justificar falta, do contrário fica impedido de receber certificado.

O Participante que evadir-se do curso fica impedido de participar de outras programações da ETSUS por um (1) ano.

O participante poderá ser solicitado por esta Escola para executar a multiplicação dos conteúdos absorvidos neste curso/capacitação/oficina, como multiplicadores quando necessário.

O participante ao término de cada Módulo ou do Curso, deverá, individualmente ou em grupo produzir conhecimento e este serão utilizados pela ETSUS sem nenhum direito autoral.

Belém, ____/____/____.	Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata	Assinatura do Servidor
------------------------	---	------------------------

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
ANEXO III
(MODELO)
DECLARAÇÃO DE
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE / LIBERAÇÃO

Declaro que o servidor (a) _____

Lotado (a) no Setor _____ do (a) _____

exerce atividade _____ e têm disponibilidade para cursar o Curso de Qualificação para Agente de Comunitário de Saúde com liberação para cumprir a carga horária de 50 horas por mês.

Belém-Pa ____/____/____.

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

Obs.: Fazer declaração com logomarca da instituição.

Protocolo 875578

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
EDITAL DE ABERTURA 004/2015, DE 15 DE SETEMBRO DE 2015.
INSCRIÇÕES PARA O CURSO DE QUALIFICAÇÃO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A Escola Técnica do SUS do Pará "Dr. Manuel Ayres", Diretoria vinculada a Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA torna público a ABERTURA do Curso de Qualificação para Agente Comunitário de Saúde.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES:

1.1 O presente Edital tem por objeto a abertura de inscrições para o Curso de Qualificação para Agente Comunitário de Saúde, dos Municípios de Marituba, Santarém, Mojuí dos Campos, Monte Alegre e Belterra.

2. DAS VAGAS:

2.1 - Serão ofertadas 245 vagas.

2.2 - A distribuição de vagas encontra-se no ANEXO I deste Edital.

3. DA ORGANIZAÇÃO DO CURSO:

3.1 - O Curso de Qualificação para Agente Comunitário de Saúde tem carga horária total de 400 horas e duração de 05 meses.

4. DOS REQUISITOS DE ACESSO:

4.1 - Os participantes devem atender aos seguintes critérios para efetivação de sua inscrição no curso:

4.1.1 - Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos na data da inscrição;

4.1.2 - Ter ensino fundamental completo, comprovado com declaração ou histórico escolar;

4.1.3 - Ser Agente Comunitário de Saúde;

5. DAS INSCRIÇÕES:

5.1 - Não haverá cobrança de taxa de inscrição;

5.2 - As inscrições deverão ser realizadas no período de 16 a 30/09/2015, e encaminhadas para a Secretaria Escolar da ETSUS/PA, situada à Rua Cônego Jerônimo Pimentel, nº 207, entre Avenida Visconde de Souza Franco (DOCA) e Almirante Wandenkolk - Umarizal, Cep: 66055-000.

5.3 - O envio das inscrições para a ETSUS/PA, serão de responsabilidade de cada Secretaria Municipal de Saúde.

6. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À INSCRIÇÃO

6.1 - No ato da inscrição, o candidato deverá entregar a cópia (não é necessário autenticar) dos seguintes documentos:

6.1.1 - Carteira de Identidade;

6.1.2 - CPF;

6.1.3 - Comprovante de escolaridade;

6.1.4 - Foto 3X4;

6.1.5 - Ficha de Inscrição (Anexo II);

6.1.6 - Declaração de Exercício de Atividade/Liberação (Anexo III);

7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

7.1 - A inscrição do candidato implicará na aceitação das normas contidas neste Edital;

7.2 - Somente serão aceitas as inscrições que não apresentarem pendências de nenhuma natureza;

7.3-Será eliminado, a qualquer época, mesmo depois de matriculado, o candidato que, comprovadamente, para realizar este curso, tiver usado documentos e/ou informações falsas ou outros meios ilícitos.

Belém, 15 de Setembro de 2015.

Raimundo Nonato Bittencourt de Sena
 Diretor da ETSUS/PA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
ANEXO I
DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS

Região de Saúde	Município de Realização	Vagas por Municípios
Baixo Amazonas	Metropolitana I	70
	Santarém	70
	Mojuí dos Campos	35
	Belterra	35
	Monte Alegre	35
TOTAL		245

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
ANEXO II
FICHA DE INSCRIÇÃO

1.NOME:		2.SEXO: M() F()	
3.C. IDENTIDADE:	4.ÓRGÃO EXPEDIDOR:	5.DATA DE NASC.:	6.CPF:
7.ENDEREÇO:			
8.BAIRRO:		9.CEP:	10.MUNICÍPIO DE NASC.:
11.FONE:		12.E-MAIL:	
13.ESCOLARIDADE		14.PÓS - GRADUAÇÃO	
<input type="checkbox"/> ENSINO FUND INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO: _____		_____ _____	
15.CARGO/FUNÇÃO:	16.MAT. FUNCIONAL:	17.LOCAL DE LOTAÇÃO:	
18.MUNICÍPIO ONDE TRABALHA:			
19. SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO			

TERMO DE COMPROMISSO

Este Termo de Compromisso Individual assegura o direito ao servidor de participar do curso/capacitação/oficina oferecido pela Escola Técnica do SUS "Dr. Manuel Ayres".

O Participante deverá cumprir o mínimo de 75% de frequência nas disciplinas do curso/capacitação/oficina citado acima, mediante comprovação em lista de frequência, resguardando direito de apresentar atestado médico para justificar falta, do contrário fica impedido de receber certificado.

O Participante que evadir-se do curso fica impedido de participar de outras programações da ETSUS por um (1) ano.

O participante poderá ser solicitado por esta Escola para executar a multiplicação dos conteúdos absorvidos neste curso/capacitação/oficina, como multiplicadores quando necessário.

O participante ao término de cada Módulo ou do Curso, deverá, individualmente ou em grupo produzir conhecimento e este serão utilizados pela ETSUS sem nenhum direito autoral.

Belém, ____/____/____.	Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata	Assinatura do Servidor
------------------------	---	------------------------

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS DO PARÁ "DR. MANUEL AYRES"
ANEXO III
(MODELO)
DECLARAÇÃO
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE / LIBERAÇÃO

Declaro que o servidor (a) _____

Lotado (a) no Setor _____ do (a) _____

exerce atividade _____ e têm disponibilidade para cursar o Curso de Qualificação para Agente de Comunitário de Saúde com liberação para cumprir a carga horária de 50 horas por mês.

Belém-Pa ____/____/____.

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

Obs.: Fazer declaração com logomarca da instituição.

Protocolo 875680