

**ANEXO II
DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS PARA TÉCNICO EM ONCOLOGIA
CONFORME INSTITUIÇÕES**

Turma	Local do Curso	Público - Alvo	Macro Região Saúde	Região Saúde	MUNICÍ- PIOS	INSTITUIÇÕES	QTD VAGAS			
Curso Técnico de Nível Médio em Oncologia	Aula Teoria (Presencial) ETSUS/PA Situada à Tv. Estrela, nº 2342 - Bairro: Marco, CEP: 66080-471 Horário 08h as 12h 14h as 18h	Técnico de Enfermagem	Macro I	Marajó II	BREVES	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJÓ	1			
					Marajó I	SOURE	HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS	1		
				Metro I	BELÉM	HOSPITAL PÚBLICO DA MULHER Nº 5ª DE NAZARÉ	1			
						UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAUDE DA MULHER	2			
						UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL E ADOLESCENTE	2			
						HOSPITAL OPHIR LOYOLA	2			
						HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO BARROS BARRETO	2			
						SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	1			
						HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS	1			
						HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO	1			
			Macro II	Macro III	Macro IV	04	11	13	20	30
			Tocantins	ABAETE- TUBA	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO TOCANTINS HOSPITAL SANTA ROSA	1				
					CASTANHAL	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DE CASTANHAL - UNACON	2			
			Rio Caetés	CAPANEMA	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DOS CAETES DR JORGE NETO DA COSTA	1				
					PARAGOMINAS	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO LESTE DO PARA	1			
			Baixo Amazonas	SANTARÉM	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR. WALDEMAR PENNA	2				
					Tapajós	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO TAPAJÓS ITAITUBA	2			
					Xingu	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMÔNICA	2			
			Lago do Tucuruí	TUCURUÍ	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUÍ	2				
					Carajás	MARABÁ	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO SUDESTE DO PARÁ	2		

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO

Declaro que o (a) servidor (a) _____ lotado no (a) _____

do Município de _____ tem disponibilidade para participar do Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Oncologia, para cumprir a carga horária de 360 (trezentos e sessenta), com duração de 10 (dez) meses de aulas presenciais podendo contar com atividades de ensino híbridas em caráter complementar, com 1º módulo a ser realizado no período de 22 a 26 de junho de 2026, no horário de 08h às 12h e 14h às 18h. Município, de _____ de 2026.

Carimbo e assinatura da chefia imediata

Obs. Fazer a declaração com a logomarca município de origem.

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR

A Escola Técnica do SUS do Pará "Dr. Manuel Ayres" e o (a) Gestão do estabelecimento de saúde do Município de _____

celebram entre si o presente TERMO DE COMPROMISSO que estabelece as condições que regerão a participação dos profissionais da saúde de nível médio no Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Oncologia,

CLÁUSULA PRIMEIRA: Este Termo de Compromisso assegura o direito de realizar cursos de educação permanente, destinados profissionais da saúde, área de Educação Permanente, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, profissional da Educação ou do Conselho/Usuário (Controle Social), ofertado pela ETSUS/PA;

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica a Gestão do estabelecimento de saúde respon-

sável em prover todas as facilidades e estímulos para os candidatos participarem e concluírem o curso, sala de aula, acesso à internet, acessibilidade, inclusive o almoço e o deslocamento para os candidatos da zona rural; CLÁUSULA TERCEIRA: Fica a Gestão do estabelecimento de saúde ciente de que uma vez inscrito e iniciado o Curso, o candidato deverá cumprir o mínimo de 75% de frequência, mediante comprovação em lista de frequência, resguardando direito de apresentar atestado médico para justificar falta, do contrário fica impedido de receber o certificado no final do curso; CLÁUSULA QUARTA: A ETSUS-PA compromete-se a promover toda a infraestrutura pedagógica necessária para a realização do curso. Município de _____, de _____ de 2026.

NOME DO GESTOR DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____

ANEXO V

FORMULÁRIO: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Nome do(a) requerente: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Telefone: _____
- E-mail: _____
- Documento de identidade (RG): _____
- Órgão expedidor: _____
- CPF: _____

Tipo de deficiência:

- () Deficiência física
() Deficiência auditiva
() Deficiência visual
() Deficiência intelectual
() Transtorno do Espectro Autista
() Deficiência múltipla

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas com deficiência (PcD), nos termos estabelecidos no Edital nº ____/2026 da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Pará - ETSUS/PA, para ingresso no Curso de Especialização Técnica em Oncologia.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas neste formulário são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, inexata ou da não comprovação da condição declarada, poderei ser eliminado(a) do processo seletivo ou desligado(a) do curso, a qualquer tempo, sem prejuízo das sanções legais cabíveis.

DECLARO estar ciente de que poderei ser convocado(a) para apresentação de documentação comprobatória e/ou avaliação por comissão específica, conforme previsto no edital.

DECLARO, por fim, que concordo com a divulgação de minha condição de optante por vaga destinada às ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo, observados os princípios da administração pública.

_____, de _____ de _____.

(assinatura manuscrita)

ANEXO VI

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA PESSOAS NEGRAS

- Nome do(a) requerente: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Telefone: _____
- E-mail: _____
- Documento de identidade (RG): _____
- Órgão expedidor: _____
- CPF: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que me autodeclaro como pessoa:

() preta () parda e que desejo concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas para pessoas negras, nos termos estabelecidos no processo seletivo do Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Oncologia, conforme o Edital de Abertura nº ____/2026, da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Pará "Dr. Manuel Ayres" (ETSUS/PA), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA).

Declaro, ainda, que as informações prestadas neste formulário são de minha inteira responsabilidade e estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) ao desligamento do curso e às sanções previstas na legislação vigente.

Autorizo a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas às ações afirmativas nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

_____, de _____ de _____.

(assinatura manuscrita)

ANEXO VII

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO PARA INDÍGENAS

- Nome do(a) requerente: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Telefone: _____
- E-mail: _____
- Documento de identidade (RG): _____
- Órgão expedidor: _____
- CPF: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que me autodeclaro indígena e que desejo concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo seletivo do Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Oncologia,