

Redenção	03
Rio Maria	02
Santa Maria das Barreiras	02
Santana do Araguaia	02
São Felix do Xingú	03
Sapucaia	01
Tucumã	01
Xinguara	03
TOTAL	30

Turma: Itaituba	
Centro Regional de Saúde/Município	Nº de vagas ofertadas
Aveiro	03
Faro	03
Itaituba	03
Juruti	03
Jacareacanga	03
Novo Progresso	03
Óbidos	03
Oriximiná	03
Terra Santa	03
Trairão	03
TOTAL	30

Turma: Parauapebas	
Centro Regional de Saúde/Município	Nº de vagas ofertadas
Brejo Grande do Araguaia	03
Canaã dos Carajás	03
Curionópolis	03
Eldorado dos Carajás	03
Palestina do Pará	03
Parauapebas	03
Piçarra	03
São Domingos do Araguaia	03
São Geraldo do Araguaia	03
São João do Araguaia	03
TOTAL	30

Turma: Belém Nível Central	
Centro Regional de Saúde/Município	Nº de vagas ofertadas
Diretoria de Desenvolvimento e Assistência de Serviços em Saúde	10
Unidade Básica do Marco	10
Diretoria Administrativa Financeira-DAF	03
Diretoria de Desenvolvimento das Redes Assistenciais e Regionalização-DDRAR	03
Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - DGTES	03
Escola Técnica do SUS - ETSUS	01
TOTAL	30

Turma: Serviços de Saúde	
Instituição	Nº de vagas ofertadas
Hospital Abelardo Santos	06
Hospital Regional de Salinópolis	06
Hospital Regional de Cametá	06
Hospital Regional de C. Araguaia	06
Hospital Regional de Tucuruí	06
TOTAL	30

ANEXO II

FICHA DE INSCRIÇÃO DADOS PESSOAIS

(a) _____
 Lotado no setor _____ da _____ tem disponibilidade para participar do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS-CBRCAA com liberação para cumprir a carga horária de 80 horas.
 Pa ____/____/____.
 Assinatura da Chefia _____

DADOS PESSOAIS			
NOME COMPLETO: _____			
CPF: _____	RG: _____	ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____	
ENDEREÇO: _____			
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	ESTADO: _____	
TELEFONE: _____		CELULAR: _____	
DATA DE NASCIMENTO: _____		EMAIL: _____	
GRAU DE ESCOLARIDADE: _____	() ENSINO FUNDAMENTAL () ENSINO MÉDIO	() SUPERIOR – Área de Formação: _____ () PÓS-GRADUAÇÃO – Área De Formação: _____	() MESTRADO – Área de Formação: _____ () DOUTORADO – Área de Formação: _____

DADOS INSTITUCIONAIS			
ÓRGÃO: _____			
CARGO / FUNÇÃO: () EFETIVO () TEMPORÁRIO () DAS			MATRÍCULA: _____
LOTAÇÃO: _____		HORÁRIO DE TRABALHO: _____	
CIDADE: _____	UF: _____	CEP: _____	
FONE / FAX: _____		E-MAIL: _____	
JUSTIFICATIVA PARA PARTICIPAR DO CURSO: _____			

ASSINATURA DO SERVIDOR

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL

Pelo Presente a ETSUS "Dr. Manuel Ayres", estabelece as condições que regerão a participação do(a) Servidor(a) _____ CPF _____, RG _____, N° _____, Residente _____, N° _____ CEP: _____, Bairro: _____ Cidade _____ Estado do Pará, no curso/oficina/Capacitação de _____

CLÁUSULA PRIMEIRA: 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".
CLÁUSULA SEGUNDA: Fica o Compromisso de que a ausência do servidor no primeiro dia de aula implicará automaticamente na eliminação do curso, exceto, quando se pronunciar por motivo justificável (doença, viagem inesperada a trabalho), mediante a apresentação do documento de justificativa assinado pela chefia imediata.
CLÁUSULA TERCEIRA: O participante deverá apresentar preferencialmente anuência da chefia imediata para participação no curso/capacitação/oficina, comprovando com assinatura na ficha de inscrição.
CLÁUSULA QUARTA: 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.
CLÁUSULA QUINTA: O Participante que evadir-se do curso fica impedido de participar de outras programações da ETSUS "Dr. Manuel Ayres" por um (1) ano.
CLÁUSULA SEXTA: O Participante receberá certificado emitido pela Escola Técnica do SUS "Dr. Manuel Ayres".
CLÁUSULA SÉTIMA: O participante poderá ser solicitado por esta Escola para executar a multiplicação dos conteúdos absolutivos neste curso/capacitação/oficina, e não poderá abster-se de colaborar, como multiplicadores quando necessário.
 _____ de _____ de _____.

Nome do Aluno _____

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA

Declaro que o funcionário (a) _____ Lotado no setor _____ da _____ tem disponibilidade para participar do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS-CBRCAA com liberação para cumprir a carga horária de 80 horas.

_____ Pa ____/____/____.

Assinatura da Chefia _____

Carimbo _____

Obs.: Fazer declaração com logomarca da instituição.

Secretaria de Estado de Saúde Pública - 1ª Regional

TERMO ADITIVO A CONTRATO NÚMERO DE PUBLICAÇÃO: 365527

Errata de Termo Aditivo de Contrato
 Termo Aditivo: 1
 Data de Assinatura: 11/04/2012
 Valor: 70.617,70
 Vigência: 11/04/2012 a 11/04/2013
 Classificação do Objeto: Outros
 Justificativa: Prorrogar por mais 12(doze) meses a vigência do contrato e reajustar em conformidade com o IGPM (FGV) do período.
 Contrato: 6
 Exercício: 2011
 Orçamento: Programa de Trabalho Natureza da Despesa Fonte do Recurso Origem do Recurso 10122129745340000 339039 0103000000 Estadual
 Contratado: Alucar Locadora de Veículos
 Endereço: R Curuçá, Bairro: Telégrafo Sem Fio, 270 CEP. 66050-080 - Belém/PA
 Telefone: 9132129077
 Ordenador: Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira

TERMO ADITIVO A CONTRATO NÚMERO DE PUBLICAÇÃO: 365563

Errata de Termo Aditivo de Contrato
 Termo Aditivo: 1
 Data de Assinatura: 04/04/2012
 Valor: 93.657,65
 Vigência: 04/04/2012 a 04/04/2013
 Classificação do Objeto: Outros
 Justificativa: Prorrogar por mais 12(meses) a vigência do contrato e reajustar em conformidade com o IGPM (FGV) do período.
 Contrato: 5
 Exercício: 2011
 Orçamento: Programa de Trabalho Natureza da Despesa Fonte do Recurso Origem do Recurso 10122129745340000 339039 0103000000 Estadual
 Contratado: Atlanta Rent a Car
 Endereço: Psg Joaquim Veloso, Bairro: Guamá, 2288 CEP. 66063-480 - Belém/PA
 Telefone: 9132496869
 Ordenador: Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira