**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que li, estou ciente e me comprometo a cumprir as orientações contidas na Súmula Orientativa do Processo Seletivo, tendo conhecimento de que devo apresentar toda a documentação exigida para fins de comprovação das informações prestadas, sendo fator determinante para a efetivação da minha inscrição.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

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

(Assinatura)

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Pelo presente termo, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o Projeto Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS a produzir vídeos e fotografias, veiculando minha imagem e voz para fins didáticos, de pesquisa e divulgação de conhecimento científico sem quaisquer ônus ou restrições.

A presente autorização é concedida a **título gratuito**, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionados em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: revistas, site/blog e canais de Redes Sociais institucionais (YouTube, Facebook, LinkedIn, Twitter e Instagram).

Fica autorizada, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

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

(Assinatura)

**ANEXO III**

**FICHA CADASTRAL / PJ ou MEI**

**DADOS EMPRESA**

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO COMPLETO:

BAIRRO:

CIDADE: ESTADO:

CEP:

TELEFONE (CELULAR E FIXO):

CNPJ:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS (DA EMPRESA)**

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

**DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**

**(no caso do prestador de serviços não ser o sócio/ um dos sócios)**

NOME COMPLETO:

CPF: RG:

ESTADO CIVIL: DATA DE NASCIMENTO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO (médico inclui especialidade e n° de CRM):

NACIONALIDADE:

TELEFONE CELULAR:

E-MAIL:

**DADOS PESSOAIS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**(no caso do prestador não ser o sócio da empresa)**

NOME COMPLETO:

CPF: RG:

ESTADO CIVIL: DATA DE NASCIMENTO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO (médico inclui especialidade e n° de CRM):

NACIONALIDADE:

TELEFONE CELULAR:

E-MAIL: