

**ANEXO II<sup>2</sup>**  
**HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO (MODELO)**  
**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE – PEDIDO DE QUALIFICAÇÃO DE**  
**ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO ESTADO DO AMAZONAS**

Ref.: Instituição: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Declaro para os fins do disposto na Lei Estadual 3900 de 12 de julho de 2013, e sua regulamentação, que as informações contidas na presente listagem bem como os documentos listados são verdadeiros.

Assinatura representante legal da entidade

| Breve Histórico da Instituição                                                                                             |                                                  |                                                                       |                                                                                                                  |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Nome da Ação/Projeto/Programa realizado e/ou em andamento na área de Saúde (nome do Projeto, unidade hospitalar ou região) | Período de vigência (de mês / Ano até mês / Ano) | Entidades/ Entes federativos Parceiros (Estado ou Município parceiro) | Documentação Comprobatória (cópia de contrato de gestão, convênio, publicação em diário oficial, ou equivalente) | Numeração da folha da documentação anexa comprobatória |
|                                                                                                                            |                                                  |                                                                       |                                                                                                                  |                                                        |
|                                                                                                                            |                                                  |                                                                       |                                                                                                                  |                                                        |
|                                                                                                                            |                                                  |                                                                       |                                                                                                                  |                                                        |
|                                                                                                                            |                                                  |                                                                       |                                                                                                                  |                                                        |

Todos os itens constantes da tabela resumida acima devem ser apresentados acompanhados dos devidos documentos comprobatórios.

<sup>2</sup> Para preenchimento a presente documentação deverá ser baixada no endereço eletrônico <http://www.XXXX.gov.br>

**ANEXO III<sup>3</sup>**  
**CURRÍCULO DOS TÉCNICOS DA INSTITUIÇÃO E DECLARAÇÃO DE**  
**VERACIDADE DOS DADOS (MODELO)**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DOS DADOS**

Ref.: Funcionário / profissional associado

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Autorizo a entidade \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_ a utilizar meus dados para fins de qualificação como organização social no Estado do Amazonas, na forma da Lei na Lei Estadual 3900 de 12 de julho de 2013, e sua regulamentação.

Assinatura do Funcionário / profissional associado

Ref.: Instituição: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Declaro para os fins do disposto na Lei Estadual 3900 de 12 de julho de 2013, e sua regulamentação, que os dados apresentados no presente currículo são verídicos.

Assinatura representante legal da entidade

<sup>3</sup> Para fins de preenchimento a presente documentação deverá ser baixada no endereço eletrônico <http://www.XXXX.gov.br>

**ANEXO IV<sup>4</sup>**  
**MODELO DE FOLHA DE RESUMO DE CURRÍCULO**  
 (Representantes técnicos da Entidade Proponente, responsável técnico e/ou membros do órgão colegiado de deliberação superior e representantes de membros da comunidade de notória capacidade profissional e idoneidade moral, conforme exigência da Lei 3900 de 12/07/2013, Redação da alínea dada pela Lei Nº 4212 DE 14/08/2015)

**Obs.:** O currículo do profissional deverá seguir em anexo e demonstrar a notória competência e/ou experiência na área da atuação do objeto avençado.

| DADOS PESSOAIS                                                                                                                         |                                              |                                                     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------|
| Nome Completo:                                                                                                                         |                                              | Responsável Técnico <sup>5</sup><br>( ) SIM ( ) NÃO |      |
| CNPJ:                                                                                                                                  |                                              |                                                     |      |
| Endereço:                                                                                                                              |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| RG:                                                                                                                                    | Órgão Expedidor:                             | CPF:                                                |      |
| Endereço:                                                                                                                              |                                              |                                                     |      |
| Bairro:                                                                                                                                | Cidade:                                      | Estado:                                             | CEP: |
| Telefones:                                                                                                                             |                                              | E-mail:                                             |      |
| COMPROVAÇÃO DO VÍNCULO COM A ENTIDADE PROPONENTE                                                                                       |                                              |                                                     |      |
| ( ) Empregado (apresentar cópia da CTPS, ou do contrato de trabalho devidamente formalizado)                                           |                                              |                                                     |      |
| ( ) Ata de Assembleia de Eleição, no caso de Diretor ou membro de Conselho da Instituição, ou outra associação estatutária pertinente. |                                              |                                                     |      |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA (deverão ser anexados os respectivos comprovantes)                                                                  |                                              |                                                     |      |
| Escolaridade                                                                                                                           |                                              |                                                     |      |
| ( ) Fundamental                                                                                                                        | ( ) Médio<br>( ) Médio Profissionalizante    | ( ) Superior                                        |      |
| Instituição de Ensino                                                                                                                  | Curso (médio profissionalizante ou superior) | Data de Conclusão                                   |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Pós-Graduação "Stricto Sensu"                                                                                                          | Instituição de Ensino                        | Data de Conclusão                                   |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Pós-Graduação "Lato Sensu"                                                                                                             | Instituição de Ensino                        | Data de Conclusão                                   |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Instituições em que prestou serviços, ou exerceu cargos de assessoria e direção, na área de gestão e/ou Saúde                          |                                              |                                                     |      |
| Instituição                                                                                                                            | Início de Vínculo                            | Término de Vínculo                                  |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Projetos, Programas e Plano de Ação em participou nas áreas de gestão e/ou Saúde                                                       |                                              |                                                     |      |
| Projeto, Programa e Plano de Trabalho:                                                                                                 | Instituição Responsável                      |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Função Desempenhada:                                                                                                                   |                                              |                                                     |      |
| Data de Início:                                                                                                                        | Data de Conclusão:                           |                                                     |      |
| Projeto, Programa e Plano de Trabalho:                                                                                                 | Instituição Responsável                      |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Função Desempenhada:                                                                                                                   |                                              |                                                     |      |
| Data de Início:                                                                                                                        | Data de Conclusão:                           |                                                     |      |
| Projeto, Programa e Plano de Trabalho:                                                                                                 | Instituição Responsável                      |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |
| Função Desempenhada:                                                                                                                   |                                              |                                                     |      |
| Data de Início:                                                                                                                        | Data de Conclusão:                           |                                                     |      |
|                                                                                                                                        |                                              |                                                     |      |

<sup>4</sup> Para fins de preenchimento a presente documentação deverá ser baixada no endereço eletrônico <http://www.XXXX.gov.br>

<sup>5</sup> Se sim, deverá constar em anexo o cartão de anotação de responsabilidade técnica (ou documento similar) do Conselho Regional Competente da categoria profissional em questão do Estado do Amazonas, ou do Estado sede da entidade