
EDITAL PÚBLICO DE SELEÇÃO DE ESPECIALISTAS VINCULADOS AOS NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

PROCESSO SELETIVO DE ESPECIALISTAS VINCULADOS AOS NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DA CONITEC

A Secretaria-Executiva da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats, em atendimento ao Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022, que altera o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, torna público o Edital de Seleção de Profissionais Especialistas para o preenchimento de lista tríplice para atuação nos Comitês da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao Sistema Único de Saúde – Conitec.

1 OBJETIVO

1.1 A Conitec é órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que tem por objetivo assessorar a Pasta nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde – SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico e de diretriz terapêutica. A Comissão é composta por: Comitê de Medicamentos; Comitê de Produtos e Procedimentos; Comitê de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; e sua Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde - DGITS/SCTIE/MS.

1.2 O processo de incorporação de tecnologias em saúde, conduzido pela Conitec, está disposto na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e regulamentado no Decreto n.º 11.161, de 4 de agosto de 2022, e no Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 01, de 28 de setembro de 2017.

1.3 O presente Edital visa selecionar membros segundos suplentes para composição do Comitê de Medicamentos e do Comitê de Produtos e Procedimentos. As vagas serão destinadas à indicação de um (1) membro para a composição do Comitê de Medicamentos e um (1) membro para a composição do Comitê de Produtos e Procedimentos.

2 CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Conforme orientação do art. 10 do Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1/2017, serão critérios de aptidão dos Candidatos:

2.1.1 Ter experiência profissional comprovada no campo de avaliação de tecnologias em saúde;

2.1.2 Ter título de mestrado ou doutorado em áreas relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde, pertinentes à área de atuação do Comitê;

2.1.3 Não possuir vínculo com pessoa jurídica de direito privado com fins lucrativos que atue na elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde para fins de incorporação no SUS;

2.1.4 Possuir atuação profissional alinhada às diretrizes, princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS, devidamente comprovada, preferencialmente com experiência direta em atividades, programas ou políticas públicas no âmbito do sistema.

2.2 Poderão participar da seleção apenas profissionais com vínculo comprovado com Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Nats cadastrado na Rebrats.

2.3 Caberá aos profissionais selecionados exercer os deveres e competências previstas no Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022 e na Portaria GM/MS Nº 4.228, de 6 de dezembro de 2022.

3 QUADRO DE VAGAS

| Descrição | Nº Vagas 2º Suplente |
|--|-----------------------------|
| Profissional para composição do Comitê de Medicamentos | 01 |
| Profissional para composição do Comitê de Produtos e Procedimentos | 01 |

3.1 Será permitida a inscrição de um mesmo profissional para mais de um Comitê.

3.2 Os profissionais indicados à Conitec serão designados em portaria a ser publicada pelo Ministro de Estado da Saúde, escolhidos mediante lista tríplice apresentada pelo Comitê Gestor da Rebrats, conforme art. 10, §4º, inciso II da Portaria.

3.3 Os profissionais indicados terão atuação junto ao respectivo Comitê por até dois anos, permitida a recondução, por igual período, mediante avaliação do Comitê Gestor da Rebrats e designação pelo Ministro de Estado da Saúde.

3.4 Em caso de vacância de vaga, os candidatos vinculados à respectiva posição serão convocados de forma sucessiva, observada a ordem de suplência, de modo que cada suplente passe a ocupar a posição imediatamente superior.

3.5 Na hipótese de descumprimento dos deveres inerentes ou indisponibilidade dos membros da Conitec, previstos no Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017, o Comitê Gestor da Rebrats solicitará a substituição do membro representante, indicando uma nova lista tríplice ao Ministro de Estado da Saúde.

3.6 Será vedado o direito a voto do membro no Comitê da Conitec quando o Nats ao qual é vinculado for o responsável pela elaboração da tecnologia avaliada.

3.7 Ao realizar inscrição, o profissional confirma que possui o conhecimento necessário

para a atuação e aceita as normas e condições estabelecidas neste Edital.

4 ATRIBUIÇÕES DOS SELECIONADOS

Os profissionais selecionados para atuação nos Comitês da Conitec terão as seguintes atribuições:

4.1 Estar presente das reuniões ordinárias e extraordinárias da Conitec. Conforme disposto no Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Caso seja constatada a ausência do membro titular em três reuniões ordinárias no período de seis meses, a Secretaria-Executiva da Conitec solicitará a seleção de novo membro titular para substituição à Secretaria-Executiva da Rebrats.

4.2 Participar das reuniões pré-Conitec, a fim de oferecer apoio, apontar contribuições e preparar previamente os Nats responsáveis pela elaboração dos relatórios técnicos para a Comissão.

4.3 Participar de todas as reuniões do Comitê, garantindo o engajamento pleno nas discussões e deliberações da Comissão.

4.4 Participar das capacitações, conforme a necessidade e o interesse da Conitec, visando à atualização e aprimoramento contínuo dos membros.

4.5 Os profissionais selecionados deverão firmar termo de confidencialidade e declarar eventual conflito de interesse relativo aos assuntos tratados no âmbito da Conitec, conforme disposto no art. 9º do Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022.

5 INSCRIÇÕES

5.1 A inscrição será realizada por meio de [formulário eletrônico](#) disponível até às **14h, horário de Brasília, 02 de junho de 2026.**

5.2 Para efetivar a inscrição, o candidato deverá anexar ao formulário eletrônico os documentos abaixo relacionados, em formato digital (PDF), nos campos específicos destinados a cada item:

- Cópia legível do documento oficial de identificação, com foto;
- Cópia legível do(s) título(s) comprobatório(s) dos requisitos de formação;
- Comprovante da experiência profissional;
- Declaração de Vínculo, assinada (Anexo I);
- Declaração de Conflito de Interesses, assinada (Anexo II);
- Carta do coordenador do Nats ou chefia imediata que comprove o vínculo com o Nats;
- Carta de intenção com a motivação da candidatura no comitê;

5.3 Os documentos apresentados para a inscrição deverão estar em perfeitas condições de legibilidade, a permitir, com clareza, a identificação do candidato e demais informações. O não atendimento a esta orientação poderá implicar na desclassificação do candidato, por impedir ou dificultar a correta verificação das informações.

5.4 O Comitê Gestor da Rebrats não receberá inscrições submetidas fora do prazo previsto neste Edital. Eventuais problemas técnicos ou demais contratemplos que prejudiquem o cumprimento do prazo são de responsabilidade do candidato.

5.5 Não haverá cobrança de taxa de inscrição.

6 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

6.1 Os profissionais serão classificados em ordem decrescente de pontuação, conforme os critérios estabelecidos a seguir:

| Critérios de Seleção | Pontuação |
|---|------------------|
| Cinco anos de Experiência em Avaliação de Tecnologias em Saúde pertinente à área de atuação do Comitê da Conitec ^a | 01 |
| Mestrado em áreas relacionadas à Avaliação de Tecnologias em Saúde | 01 |
| Especialização na área de atuação do Comitê da Conitec ou em Avaliação de Tecnologias em Saúde | 01 |
| Publicação na área pertinente ao Comitê da Conitec ou em Avaliação de Tecnologias em Saúde ^b | 01 |
| Doutorado em áreas relacionadas à Avaliação de Tecnologias em Saúde | 01 |
| Pós doutorado em área relacionada à Avaliação de Tecnologias em Saúde | 01 |

^aA cada cinco anos de experiência adicional, será aumentado um ponto na pontuação final até o limite de 15 anos.

^bPara cada publicação adicional será adicionado um ponto até o limite de três publicações.

7 DA NATUREZA DA FUNÇÃO E DA AUSÊNCIA DE VÍNCULO

7.1 A participação do representante na Conitec será considerada função de relevante interesse público, não ensejando a formação de qualquer vínculo empregatício, funcional ou contratual com a Administração Pública. As despesas de transporte e

estadia para a participação presencial na Conitec, ou em capacitações ofertadas pela Secretaria-Executiva da Conitec serão, quando necessário, custeadas por meio das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e pagamento fixados anualmente e o disposto na legislação vigente.

7.2 Para fins de justificativa junto aos órgãos competentes, a Secretaria-Executiva da Conitec poderá emitir declaração de participação dos membros dos Comitês nas reuniões.

8 DISPOSIÇÕES FINAIS

As listas tríplices serão encaminhadas ao Ministro de Estado da Saúde, que designará os membros que comporão os Comitês da Conitec por meio de publicação de portaria no Diário Oficial da União, nos termos do § 8º do art. 7º do Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022, e do § 4º do art. 10 do Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.

9 VIGÊNCIA

O presente Edital terá validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de sua publicação. Decorrido esse período, caso haja necessidade, será publicado novo edital de seleção.

Anexo I – Declaração de Vínculo

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Declaro, para fins de inscrição no Processo Seletivo de Profissionais Vinculados aos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde para composição dos Comitês da Conitec que:

I. Posso o seguinte vínculo com o Serviço Público:

Federal

Nome da Instituição:

A. Tempo integral/Dedicação exclusiva

B. Tempo parcial

Estadual

Nome da Instituição:

A. Tempo integral/Dedicação exclusiva

B. Tempo parcial

Municipal

Nome da Instituição:

A. Tempo integral/Dedicação exclusiva

B. Tempo parcial

Tempo integral (horas de Dedicação):

Tempo parcial (horas de Dedicação):

I. Não possuo vínculo com o Serviço Público:

Sou Funcionário de Empresa Privada. Descreva resumidamente suas atividades e empresa de atuação.

Sou Profissional Autônomo. Descreva resumidamente suas atividades.

Sou Empresário/Sócio de Empresa. Identifique a empresa.

Municipal

Nome da Instituição:

A. Tempo integral/Dedicação exclusiva

B. Tempo parcial

A. Tempo integral (horas de Dedicação):

B. Tempo parcial (horas de Dedicação):

II. Não possui vínculo com o Serviço Público:

Sou Funcionário de Empresa Privada. Descreva resumidamente suas atividades e empresa de atuação.

Sou Profissional Autônomo. Descreva resumidamente suas atividades.

Sou Empresário/Sócio de Empresa. Identifique a empresa.

III. Sou Aposentado:

Sou aposentado.

Local

Data:

Nome/Assinatura:

Anexo II – Declaração de Conflito de Interesses

DECLARAÇÃO DE POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE

1 - Nos últimos cinco anos você ou pessoa diretamente relacionada* aceitou, de alguma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelas suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias:

a) Reembolso por comparecimento a eventos técnico-científicos (congressos, simpósios, oficinas, entre outros)? Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

b) Honorários por apresentação, conferência ou palestra? Sim

() Não () Se for o caso, especifique:

c) Honorários para organizar atividade de ensino ou desenvolvimento de material técnico- científico? Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

d) Financiamento para realização de pesquisa? Sim

() Não () Se for o caso, especifique:

e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe? Sim

() Não () Se for o caso, especifique:

a) Honorários para consultoria? Sim (

) Não () Se for o caso,

especifique:

2 - Durante os últimos cinco anos você ou pessoa diretamente relacionada* prestou serviços a uma instituição ou organização que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

3 - Você ou pessoa diretamente relacionada* possui apólices ou ações em uma instituição que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada pelos resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

4 - Você ou pessoa diretamente relacionada* atuou como perito judicial sobre algum assunto ligado às suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

5 - Você ou pessoa diretamente relacionada* tem algum outro interesse conflitante com as suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

6 - Você possui algum relacionamento íntimo ou conflituoso com uma pessoa cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

7 - Você ou pessoa diretamente relacionada* possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados pelos resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

8 - Você ou pessoa diretamente relacionada* possui profunda convicção pessoal ou religiosa que possa influenciar os resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique

9 - Você ou pessoa diretamente relacionada* participa de partido político, organização não-governamental ou outro grupo de interesse que possam influenciar os resultados das suas atividades relacionadas à incorporação de tecnologias?

Sim () Não ()

Se for o caso, especifique:

Nome: _____

Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

* Pessoa com a qual tenha laços familiares ou outra relação próxima.