

# 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, 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 As vagas destinam-se à indicação de um (1) membro titular especialista e dois (2) membros suplentes para a composição de cada Comitê pertencente à estrutura de funcionamento da Conitec, 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 diretriz terapêutica, nos termos do art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

1.2 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.

### **2 CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

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

2.2 Serão critérios de aptidão dos Candidatos:

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

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

2.2.3 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

ou na Saúde Suplementar.

### 3 QUADRO DE VAGAS

Descrição	Nº Vagas Titular	Nº Vagas 1º Suplente	Nº Vagas 2º Suplente
Profissional para composição do Comitê de Medicamentos	01	01	01
Profissional para composição do Comitê de Produtos e Procedimentos	01	01	01
Profissional para composição do Comitê de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	01	01	01

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

3.2 Os profissionais indicados aos respectivos Comitês da Conitec serão designados em portaria a ser publicada pela Ministra de Estado da Saúde, escolhidos mediante lista tríplice apresentada pelo Comitê Gestor da Rebrats.

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 pela Ministra de Estado da Saúde.

3.4 Na hipótese de descumprimento dos deveres inerentes ou indisponibilidade dos membros da Conitec, previstos na Portaria GM/MS Nº 4.228, o Comitê Gestor da Rebrats solicitará a substituição do membro representante, indicando uma nova lista tríplice à Ministra de Estado da Saúde.

3.5 Será vedado o direito a voto do membro no Comitê da Conitec quando o NATS ao qual é vinculado for o responsável pelo relatório.

3.6 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 na Portaria GM/MS nº 4.228 de 06 de dezembro de 2022, caso seja constatada a ausência do membro titular em três reuniões ordinárias no período de seis meses, a Secretaria-Executiva da Conitec poderá solicitar a seleção de um 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 das reuniões que envolvem o Comitê, incluindo reuniões administrativas, garantindo o engajamento pleno nas discussões e deliberações da Comissão.

4.4 Participar aos convites para realizar 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 2022.

## 5 INSCRIÇÕES

5.1 Não haverá cobrança de taxa de inscrição.

5.2 A inscrição será realizada por meio de [formulário eletrônico](#) disponível até às 23h59min, horário de Brasília, do dia 03 de dezembro de 2024.

5.3 Para se inscrever, o candidato deverá anexar ao formulário de inscrição os documentos referenciados abaixo, em formato digital (PDF), nas áreas pertinentes:

- 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;

5.4 A ausência de qualquer um dos documentos elencados acima conduzirá à imediata eliminação do candidato no processo seletivo.

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

5.6 O Comitê Gestor da Rebrats não se responsabiliza por inscrições recebidas fora do prazo em decorrência de eventuais problemas técnicos em tráfego de rede de internet e outros imprevistos que sejam de responsabilidade do candidato.

## 6 PONTUAÇÃO

6.1 Os profissionais serão ranqueados conforme pontuação adquirida nos critérios abaixo:

<b>Crítérios de Seleção</b>	<b>Pontuação</b>
Cinco anos de Experiência em Avaliação de Tecnologias em Saúde pertinente à área de atuação do Comitê da Conitec	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	01
Doutorado em áreas relacionadas à Avaliação de Tecnologias em Saúde	01
Pós doutorado em área relacionada à Avaliação de Tecnologias em Saúde	01

\*A cada cinco anos de experiência adicional, será aumentado um ponto na pontuação final até o limite de 15 anos.

\*\* Para cada publicação adicional será adicionado um ponto até o limite de três publicações.

## **7 REMUNERAÇÃO**

7.1 A participação do representante na Conitec será considerada função de relevante interesse público e não será remunerada.

7.2 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.

7.3 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 CRONOGRAMA

ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO
Publicação do Edital	19/11/2024
Período de Inscrição	19 a 03/12/2024
Reunião do Comitê Gestor da Rebrats para elaboração das Listas Tríplices	05/12/2024
Envio das Listas Tríplices à Secretaria-Executiva da Conitec	11/12/2024

## 9 DISPOSIÇÕES FINAIS

As listas tríplices serão enviadas para a Ministra 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 7.646, de 21 de dezembro de 2011, e do § 4º do art. 10 do Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.

## 10 VIGÊNCIA

Este Edital terá validade de **180 dias**, contados a partir da data de sua publicação. Transcorrido esse período, caso necessário, será publicado novo edital de seleção, conforme estabelecido no item 3.4.

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. Possuo 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

**A. Tempo integral (horas de Dedicação):**

**B. Tempo parcial (horas de Dedicação):**

**II. 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.
- \_\_\_\_\_

**III. Sou Aposentado:**

- Sou aposentado.

Local \_\_\_\_\_

:

Ministério da Saúde - MS  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS  
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats

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:

---



Ministério da Saúde - MS  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS  
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats

---

Ministério da Saúde - MS  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS  
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats

f) 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:

---

---

Ministério da Saúde - MS  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS  
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats

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

---

---

Ministério da Saúde - MS  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS  
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS  
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Rebrats

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.