



Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino,
Pesquisa e Extensão Universitária no Acre.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
FUNDAÇÃO DE APOIO E DESENVOLVIMENTO AO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIA NO ACRE - FUNDAPE**

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE

Eu, _____, inscrito no CPF nº _____, declaro que possuo disponibilidade para realização de atendimentos remotos no âmbito do Núcleo Telessaúde Acre, conforme agenda a ser pactuada com a coordenação do programa.

Declaro ainda que possuo a estrutura mínima necessária para execução das atividades, incluindo:

- computador ou notebook
- Webcam
- Equipamento de áudio
- Acesso à internet estável

Declaro estar ciente e de acordo com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento n.º 002/2026.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Rio Branco – Acre, _____ de _____ de 2026.

Coordenação do Núcleo Telessaúde Acre

FUNDAPE