

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE REPRESENTANTES

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL (CCE) / COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DISTRITAL

Projeto Mais Médicos pelo Brasil (PMMB)

Referência: Processo nº 25000.219467/2025-19

. INDICAÇÃO DOS REPRESENTANTES

Ministério da Saúde

MEMBRO TITULAR

Campo	Informação
Nome completo	Ana Paula Martins
CPF	025.141.194-92
Órgão/Instituição representada	Ministério da Saúde
Cargo/Função	Médica - MS- SEINP
E-mail institucional	ana.pmartins@saude.gov.br
Telefone	(21)99764-4348

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	Lilian Carissa da Silva Santos
CPF	085.628.207-33
Órgão/Instituição representada	Ministério da Saúde - SGTES
Cargo/Função	Referência Regionalizada – Mais Médicos para o Brasil
E-mail institucional	liliancarissa@gmail.com
Telefone	(21)98805-5813

Ministério da Educação

MEMBRO TITULAR

Campo	Informação
Nome completo	Lucas Sisinno Ribeiro
CPF	138.084.727-31
Órgão/Instituição representada	CGEGES /SESU/ MEC
Cargo/Função	Apoiador Institucional (AIMEC)
E-mail institucional	lucassisinno@mec.gov.br
Telefone	(21)99207-6278

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	Leandro de Sant Ana Abal
CPF	044.718.377-02
Órgão/Instituição representada	CGEGES /SESU/ MEC
Cargo/Função	Apoiador Institucional (AIMEC)
E-mail institucional	leandroabalsmsrio@gmail.com
Telefone	(21)98723-3125

Secretaria Estadual ou Distrital de Saúde**MEMBRO TITULAR**

Campo	Informação
Nome completo	Halene Cristina de Armada Cajueiro
CPF	080.929.107-07
Órgão/Instituição representada	SES - Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro
Cargo/Função	Superintendente de Atenção Primária à Saúde / SES-RJ
E-mail institucional	halene.silva@saude.rj.gov.br
Telefone	(21)99564-1980

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	Ana Caroline Medina e Silva de Almeida
CPF	025.210.687-30
Órgão/Instituição representada	SES - Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro
Cargo/Função	Médica
E-mail institucional	caroline-medina@hotmail.com
Telefone	(21)99723-4579

Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)

MEMBRO TITULAR

Campo	Informação
Nome completo	José Luis de Paiva
CPF	121.565.978-47
Órgão/Instituição representada	Cosems RJ
Cargo/Função	Assessor técnico
E-mail institucional	jllpaiva@gmail.com
Telefone	(21)96915-9999

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	xxxxxx
CPF	xxxxxx
Órgão/Instituição representada	xxxxxx
Cargo/Função	xxxxxx
E-mail institucional	xxxxxx
Telefone	xxxxxx

Instituições Públicas de Educação Superior (quando couber)

MEMBRO TITULAR

Campo	Informação
Nome completo	Andre Ferreira Lopes
CPF	085.819.747-24
Órgão/Instituição representada	UNASUS/UNIFESP
Cargo/Função	Coordenador de tutoria online
E-mail institucional	andrelopesmsdc@gmail.com
Telefone	(21)99859-3382

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	Bernardo Lago Alves
CPF	131.846.837-02
Órgão/Instituição representada	UNASUS/UNIFESP
Cargo/Função	Supervisor online
E-mail institucional	bernardolagoalves@gmail.com
Telefone	(21) 98145-3881

Instituição Supervisora do Projeto**MEMBRO TITULAR**

Campo	Informação
Nome completo	Luis Claudio de Carvalho
CPF	037.233.897-67
Órgão/Instituição representada	UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
Cargo/Função	Tutor principal -Professor de Medicina Macaé
E-mail institucional	carvalho.luisclaudio@gmail.com

Campo	Informação
Telefone	(21)99246-9032

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	Valéria Ferreira Romano
CPF	665.763.697-00
Órgão/Instituição representada	UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
Cargo/Função	Tutora Suplente - Professora
E-mail institucional	valromano@uol.com.br
Telefone	21 991383299

Polo do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), exceto do Distrito Federal

MEMBRO TITULAR

Campo	Informação
Nome completo	xxxxxxx
CPF	xxxxxxx
Órgão/Instituição representada	xxxxxxx
Cargo/Função	xxxxxxx
E-mail institucional	xxxxxxx
Telefone	xxxxxxx

MEMBRO SUPLENTE

Campo	Informação
Nome completo	xxxxx
CPF	xxxxx
Órgão/Instituição representada	xxxx
Cargo/Função	xxxx

Campo	Informação
E-mail institucional	xxxx
Telefone	xxxxxx

3. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que os representantes indicados foram designados por esta instituição para compor a Comissão de Coordenação Estadual/Comissão de Coordenação Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil, observadas as disposições da Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023.

Local e data: Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2026

ASSINATURA COORDENAÇÃO DA CCE/CCD

Nome: Halene Cristina de Armada Cajueiro

Cargo: Superintendente Estadual de Atenção Primária à Saúde

Órgão/Instituição: SES - Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro

Assinatura eletrônica no SEI

Documento assinado digitalmente
 **HALENE CRISTINA DE ARMADA CAJUEIRO**
 Data: 21/09/2026 12:23:58-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>