

# **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

## **TURMA: EDUCAÇÃO FÍSICA**

### **O CURSO**

Início do curso: 05/08/2017

Carga horária: 360 – Número de créditos: 24 - Duração do curso: até 24 meses

Unidade didática 1

1º semestre do curso: disciplinas obrigatórias

Processo de Trabalho em Saúde e Modelo de Atenção - 4 créditos

Planejamento, Avaliação e Programação em Saúde - 4 créditos

Práticas Educativas e Tecnologias em Saúde - 2 créditos

Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso - 2 créditos

Unidade didática 2

2º semestre do curso: disciplinas específicas

Educação Física: atenção à saúde da criança e do adolescente - 2 créditos

Educação Física: atenção à saúde do adulto - 2 créditos

Educação Física: atenção à saúde do idoso - 2 créditos

Família como foco na Atenção Primária à Saúde - 2 créditos

Unidade didática 2

3º semestre do curso: disciplinas optativas - a cursar 6 créditos

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Avaliações: atividades, fóruns e provas presenciais em Belo Horizonte

### **INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO**

Documentos necessários:

Os candidatos devem enviar os seguintes documentos: a) cópia da cédula de identidade; b) cópia do CPF; c) cópia da certidão de nascimento (se solteiro) ou de casamento; d) cópia do diploma de graduação em Educação Física (frente e verso) ou documento que comprove que o candidato concluiu o curso de graduação em Educação Física no ano de 2017; e) cópia do Histórico Escolar da graduação; f) certidão de quitação eleitoral do Tribunal Superior Eleitoral (só será considerada válida

aquela obtida no site [www.tse.gov.br/internet/servicos\\_eleitor/quitacao.htm](http://www.tse.gov.br/internet/servicos_eleitor/quitacao.htm)); g) cópia do certificado de reservista e prova de estar em dia com as obrigações militares, no caso de ser candidato brasileiro do sexo masculino; h) cópia de comprovante recente de residência; i) preenchimento da Ficha de Inscrição – Apêndice A; j) candidatos contratados pelo município para atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, documento assinado e carimbado pelo secretário municipal de saúde ou gerente de unidade básica de saúde da família comprovando vínculo, bem como o tempo de duração do vínculo e cargo do candidato, obrigatoriamente no modelo contido no Apêndice B; k) candidatos com atuação em Programas e Projetos governamentais ou não de atividade física no contexto da Atenção Básica à Saúde ou de Promoção da Saúde, incluir uma declaração do vínculo em papel timbrado, emitida pela direção da instituição ou superintendência do Programa ou Projeto, obrigatoriamente no modelo do Apêndice C; l) *Curriculum Vitae* apresentado, obrigatoriamente, de acordo com o Apêndice D, com fotocópias dos documentos comprobatórios anexados.

O candidato deverá enviar toda documentação solicitada por correio, pelo Sedex, com Aviso de Recebimento (AR), **com postagem até o dia 17/07/2017**, ao **Nescon – Secretaria de Cursos, situado à Av. Alfredo Balena, nº 190, 7º andar, Sala 716, no Bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte – MG, CEP 30130-100.**

#### **CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS CANDIDATOS:**

O processo de seleção consistirá em a) Conferência da documentação solicitada; b) Análise de currículo; e c) Entrevista.

##### *Curriculum Vitae*

A análise do *Curriculum Vitae* valerá de 0 (zero) a 100 (cem) pontos, com distribuição de pontos de acordo com o Apêndice D.

##### Entrevista

As entrevistas serão feitas por Banca Examinadora composta por, no mínimo, dois representantes do curso. A entrevista valerá de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e valorizará a compreensão do candidato sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, a organização da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

##### Critérios de desempate

As vagas serão preenchidas pela ordem de classificação e, no caso de empate, será classificado o candidato que tenha obtido a maior nota na análise do *Curriculum Vitae*; permanecendo o empate, será considerado o maior tempo de atividade exercida no Núcleo de Apoio à Saúde da Família; permanecendo o empate, será considerado o(a) candidato(a) de maior idade.

##### Divulgação dos resultados do processo de seleção

O resultado contendo a relação dos candidatos aprovados na conferência de documentos e análise de currículo será divulgado no site <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cursos/informativos/>, nos dias **10 e 19 de julho de 2017**.

As entrevistas ocorrerão nos dias **13 e 20 de julho de 2017**. O horário e o número da sala das entrevistas na Faculdade de Medicina da UFMG serão divulgados no site <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cursos/informativos/>, nos dias **11 e 19 de julho de 2017**.

O resultado final da seleção dos candidatos será divulgado no site <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cursos/informativos/>, no dia **21 de julho de 2017**.

O candidato contemplado com uma vaga deverá efetuar o seu cadastro prévio de matrícula mediante o preenchimento de formulário disponível no site <https://sistemas.ufmg.br/cadastroprevio/>, no período de **21 a 24 de julho de 2017**.

## **OUTRAS INFORMAÇÕES**

Qualquer informação no *Curriculum Vitae* que não seja condizente com a realidade poderá resultar em anulação do processo seletivo do candidato ao curso, em qualquer etapa do processo ou após o mesmo.

De acordo com o disposto no art. 39, § 2º, do Regimento Geral da UFMG, “cada aluno terá direito a um único registro acadêmico, correspondente a uma só vaga no curso em que foi admitido na UFMG”. Perderá automaticamente o direito à vaga e será considerado formalmente desistente o candidato selecionado que não efetuar o Cadastro Prévio na data fixada para a realização desse procedimento ou que não apresentar os documentos solicitados.

Os candidatos interessados terão acesso aos documentos nos quais foram registrados os critérios e pontuações a que fizeram jus no processo seletivo. A interposição de recurso ao resultado deverá ser realizada por correio, com Aviso de Recebimento (AR), postada até o 3º dia após a divulgação do resultado para NESCON – Secretaria de Cursos, situado à Av. Alfredo Balena, nº 190, Sala 716, no Bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte – MG, CEP 30130-100.

**APÊNDICE A**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

*\*Todos os campos são obrigatórios*

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome Completo\*: \_\_\_\_\_  
Sexo\*: ( ) M ( ) F      Estado Civil\*: \_\_\_\_\_  
CPF\*: \_\_\_\_\_  
Endereço eletrônico\*: \_\_\_\_\_

**CONTATOS:**

Endereço Residencial\*: \_\_\_\_\_  
Bairro\*: \_\_\_\_\_  
Cidade\*: \_\_\_\_\_      UF\*: \_\_\_\_\_  
CEP\*: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial\*: \_\_\_\_\_  
Telefone Comercial: \_\_\_\_\_  
Telefone Celular\*: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS**

Documento de Identificação \*: \_\_\_\_\_  
Órgão emissor \*: \_\_\_\_\_  
Estado emissor \*: \_\_\_\_\_  
Número do título de eleitor \*: \_\_\_\_\_  
Zona eleitoral \*: \_\_\_\_\_  
Seção eleitoral \*: \_\_\_\_\_  
Situação militar\*: \_\_\_\_\_  
Emissor documento militar \*: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento militar \*: \_\_\_\_\_  
Número do documento militar \*: \_\_\_\_\_  
Região Militar (RM) \*: \_\_\_\_\_  
Circunscrição de Serviço Militar (CSM) \*: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Número do Registro no CREF/6 \*: \_\_\_\_\_  
Ano de graduação \*: \_\_\_\_\_  
Instituição de graduação \*: \_\_\_\_\_  
Estado de graduação \*: \_\_\_\_\_  
Cidade de graduação \*: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO:**

Principal local de trabalho atual \*: \_\_\_\_\_  
Situação funcional \*: \_\_\_\_\_  
Tipo de vínculo \*: \_\_\_\_\_  
Estado \*: \_\_\_\_\_      Cidade \*: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_      Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B\*

### DECLARAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU GERENTE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para fins de comprovação junto à coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), eu, \_\_\_\_\_ (nome do Secretário/Gerente), Secretário Municipal de Saúde de/Gerente da Unidade Básica de Saúde da Família de \_\_\_\_\_ (nome do município), declaro que \_\_\_\_\_ (nome do candidato) é \_\_\_\_\_ ( cargo do candidato) neste município desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

CARIMBO

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

Telefone e e-mail: \_\_\_\_\_

\* Esta declaração deve ser digitada em papel timbrado com logomarca da prefeitura ou secretaria municipal de saúde, assinada e carimbada pelo secretário de saúde do município onde o candidato trabalha ou pelo gerente da Unidade Básica da Saúde da Família.

## APÊNDICE C\*

### DECLARAÇÃO DA DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO OU REPRESENTANTE LEGAL DO PROGRAMA/PROJETO

Para fins de comprovação junto à coordenação do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), eu, \_\_\_\_\_, atualmente como responsável \_\_\_\_\_ legal, no cargo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ da instituição \_\_\_\_\_, registrada no \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, declaro que \_\_\_\_\_ exerce a função \_\_\_\_\_ nesta instituição desde \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CARIMBO

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

Telefone e e-mail: \_\_\_\_\_

\* Essa declaração deve ser digitada em papel timbrado com logomarca da instituição, assinada e carimbada por diretor ou superintendente ou representante legal da instituição.

## APÊNDICE D

### Curriculum Vitae

<b>Nome</b>	
<b>Data de nascimento</b>	
<b>Profissão</b>	
<b>FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO CONTINUADA E PRODUÇÃO (0 a 60 pontos)</b>	
<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL (0 a 10 pts)</b>	<b>Citar nesta coluna e anexar comprovante com tipo, instituição, local, ano de conclusão, quando couber</b>
Graduações (bacharelado e licenciatura)	
Estágios curriculares não obrigatórios	
Projetos de extensão, durante a graduação	
Atividades de iniciação científica, durante a graduação	
Atividades de monitoria, durante a graduação	
Cursos e eventos, durante a graduação	
<b>EDUCAÇÃO CONTINUADA (cursos e eventos após a graduação) (0 a 10 pontos)</b>	<b>Citar nesta coluna e anexar comprovante com instituição, local, carga horária, data/período</b>
Pós-graduação: mestrado e doutorado	
Pós-graduação: especialização	
Aperfeiçoamento (cursos com mais de 180 horas) após a graduação	
Outros cursos realizados após a graduação (atualização)	
Participação em eventos como ouvinte, após a graduação	
Atividades de monitoria ou tutoria, após a graduação	
<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA (0 a 10 pontos)</b>	<b>Citar nesta coluna e anexar comprovante com autor(es), nome da publicação ou participação, local, editora/evento</b>
Artigos em periódicos	
Apresentação oral em evento	
Apresentação de pôster em evento	
Palestras e cursos ministrados em eventos	
Cartilhas, material didático e educativo produzidos	
Outras produções científicas	
<b>ATIVIDADES DOCENTES, PRECEPTORIA, TUTORIA, SUPERVISOR DE ESTÁGIO (0 a 10 pontos)</b>	<b>Tipo de participação, local, data/período</b>
Preceptor ou supervisor de estágio de alunos da UFMG	

Docente de educação superior, preceptor ou supervisor de estágios curriculares e não curriculares	
Atuação como docente de nível fundamental e médio	
Facilitador ou similar em treinamentos e capacitações técnicas	
<b>COORDENAÇÃO DE PROJETOS DE ATIVIDADES FÍSICAS, PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE SAÚDE (NÃO ATENÇÃO BÁSICA), PROJETOS SOCIAIS E CULTURAIS (0 a 10 pontos)</b>	<b>Tipo de participação, local, data/período</b>
Coordenação de Projetos de Atividade Física	
Participação em Projetos de Saúde - não Atenção Básica	
Participação em Projeto Social e Cultural	
Participação em Conselhos e Conferências de Saúde	
Participação em ONGs e outras organizações e movimentos sociais	
<b>INSERÇÃO E TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM PROGRAMAS E PROJETOS GOVERNAMENTAIS OU NÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE OU PROMOÇÃO DA SAÚDE (0 a 20 pontos)</b>	
<b>ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>Tipo de participação, local, data/período</b>
Atividades de coordenação e administração do projeto/programa	
Participação como membro de equipe em projeto/programa	
<b>INSERÇÃO E TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (0 a 30 pontos)</b>	
<b>ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>Município, Unidade de Saúde, período/datas</b>
Coordenador de Atenção Básica, Gerente de Unidade Básica de Saúde, Coordenador do NASF, Coordenador da Estratégia/Equipe de Saúde da Família ou Coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde	
Membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	

\*Favor anexar os comprovantes na mesma ordem em que forem citadas as atividades ou publicações.