

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); 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), 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/>, no dia **10 de julho de 2017**.

As entrevistas ocorrerão no dia **13 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/>, no dia **11 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 **17 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 **19 a 22 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

Nome	
Data de nascimento	
Profissão	
FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO CONTINUADA E PRODUÇÃO (0 a 60 pontos)	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL (0 a 10 pts)	Citar nesta coluna e anexar comprovante com tipo, instituição, local, ano de conclusão, quando couber
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	
EDUCAÇÃO CONTINUADA (cursos e eventos após a graduação) (0 a 10 pontos)	Citar nesta coluna e anexar comprovante com instituição, local, carga horária, data/período
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	
PRODUÇÃO CIENTÍFICA (0 a 10 pontos)	Citar nesta coluna e anexar comprovante com autor(es), nome da publicação ou participação, local, editora/evento
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	
ATIVIDADES DOCENTES, PRECEPTORIA, TUTORIA, SUPERVISOR DE ESTÁGIO (0 a 10 pontos)	Tipo de participação, local, data/período
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	
COORDENAÇÃO DE PROJETOS DE ATIVIDADES FÍSICAS, PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE SAÚDE (NÃO ATENÇÃO BÁSICA), PROJETOS SOCIAIS E CULTURAIS (0 a 10 pontos)	Tipo de participação, local, data/período
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	
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)	
ATIVIDADE PROFISSIONAL	Tipo de participação, local, data/período
Atividades de coordenação e administração do projeto/programa	
Participação como membro de equipe em projeto/programa	
INSERÇÃO E TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (0 a 30 pontos)	
ATIVIDADE PROFISSIONAL	Município, Unidade de Saúde, período/datas
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.