

PROCESSO SELETIVO – 1º SEMESTRE/2018

Aprovação: Deliberação: CPG/FCM 127-17

O Programa de Pós-Graduação em Ciência Aplicada à Qualificação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas abrirá inscrições para ingresso no primeiro semestre de 2018, para o nível de Mestrado Profissional.

I - DAS LINHAS DE PESQUISA NAS QUAIS OS PROJETOS DEVERÃO ESTAR VINCULADOS

1. Áreas de Concentração
 - 1.1 AA - EFICÁCIA E EFETIVIDADE DE TESTES DIAGNÓSTICOS E PROTOCOLOS DE TRATAMENTO EM SAÚDE
 - 1.1.1 Linhas de Pesquisas
 - . ACURACIA, CONTROLE DE QUALIDADE E DESENVOLVIMENTO DE NOVOS TESTES DIAGNÓSTICOS
 - . ESTUDOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS QUE AVALIAM E COMPARAM DIFERENTES TRATAMENTOS
 - 1.2 AB - EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA
 - 1.2.1 Linhas de Pesquisas
 - . EPIDEMIOLOGIA APLICADA ÀS AÇÕES EM SAÚDE
 - 1.3 AC - QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS
 - 1.3.1 Linhas de Pesquisas
 - . BIOÉTICA CLÍNICA E SEGURANÇA DO PACIENTE
 - . QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

II - PÚBLICO ALVO

Residentes Médicos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

III - VAGAS

Serão oferecidas até 20 vagas para o nível Mestrado Profissional.

IV – INSCRIÇÃO

4.1. Para a inscrição os interessados deverão acessar o site <https://www.dac.unicamp.br/portal/estude-na-unicamp/pos-graduacao>, e seguir as instruções da página no período de **02 a 26 de janeiro de 2018**.

Os documentos deverão ser encaminhados em envelope fechado e identificado pelos Correios (via Sedex) ou **pessoalmente no atendimento da CPG** em envelope fechado e identificado, conforme etiqueta de identificação disponível no Anexo I deste edital devendo ocorrer no horário atendimento da secretaria: das 09h às 17h, de segunda à sexta-feira. Os documentos não serão conferidos na hora da entrega e caso o envelope não possua identificação, será descartado.

A **data limite** para postagem da documentação será **26 de janeiro de 2018**.

4.2. Endereço para envio dos documentos pelos Correios (via Sedex):

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas – FCM

Comissão de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciência Aplicada à Qualificação Médica

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”

Distrito de Barão Geraldo – Campinas – SP

CEP. 13.083-887.

4.3. A documentação incompleta implicará em recusa da inscrição, sem direito a recurso.

V - DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

- Formulário de inscrição, devidamente preenchido e assinado, sem abreviaturas, disponível apenas durante o período de inscrição no link: <https://www.dac.unicamp.br/portal/estude-na-unicamp/pos-graduacao> e seguir as instruções.
- Formulário de carta de aceite do futuro orientador; (Formulário disponível na página do programa, na subpágina Processo Seletivo);
- Declaração da Comissão de Residência Médica comprovando ser aluno ou declaração de aprovação no último processo seletivo (solicitado na COREME/FCM).
- 02 cópias sendo uma autenticada e uma simples do diploma do Curso de Graduação registrado no MEC (frente e verso) - só serão aceitos diplomas devidamente registrados e com validade nacional;
- 01 cópia simples do Histórico Escolar do Curso de Graduação;
- 02 cópias, autenticadas em cartório, quando não houver autenticação digital, do comprovante de Proficiência em Língua Inglesa: Serão aceitos certificados do TEAP (Test of English for Academic Purposes - www.teseprime.org), com escore mínimo de 7,0; ou TOEFL: escore mínimo 550; ou IELTS: escore mínimo 5,0; ou do CEL (Centro de Ensino de Línguas da UNICAMP) escore mínimo 5,0 - do curso, caso aprovado;
- 01 cópia simples do Curriculum Vitae do candidato, (modelo CNPq/ Plataforma Lattes - <http://lattes.cnpq.br>) - **Não serão aceitos outros tipos de Curriculum Vitae.**
- 02 cópias sendo uma autenticada e uma simples do RG; serão aceitos outros documentos que substituam o RG desde que contenham o número do RG com dígito, data de emissão do RG, órgão emissor e Estado emissor;
- 02 cópias simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF), caso conste o número do CPF no RG, não é necessário apresentar cópia do documento.
- 02 cópias sendo uma autenticada e uma simples da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- 01 cópia do Termo de Informação e Responsabilidade sobre vacinas, devidamente assinado pelo(a) candidato(a) (Formulário disponível na página do programa, na subpágina Processo Seletivo);
- 01 cópia simples da carteira de vacinação – se o candidato não possuir o documento, providenciar uma carta justificando a ausência;
- 01 via do Plano de Trabalho para execução da monografia contendo:
 - Título, resumo com até 500 palavras, 03 palavras-chave;
 - Digitado em papel A4, fonte Arial 11, espaço 1,5

VI – PROCESSO SELETIVO

6.1. Projeto:

- 6.1.1.** Será avaliada pertinência dos projetos de pesquisa e clareza da proposição. O projeto deve conter:
- Título, resumo com até 500 palavras, 03 palavras-chave;
 - Digitado em papel A4, fonte Arial 11, espaço 1,5

6.2. Currículo Lattes

- 6.2.1.** Será avaliado o **currículo do candidato** (modelo CNPq/ Plataforma Lattes atualizado) com os respectivos comprovantes, é obrigatório que as informações estejam atualizadas.

VII – ETAPAS DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

7.1. 1ª ETAPA – ANÁLISE DE DOCUMENTOS:

Avaliação dos documentos encaminhados (atendimento das exigências de inscrição e conforme itens 5 e 6 deste edital);

Esta etapa é eliminatória.

7.2. 2ª ETAPA – Plano de trabalho e curriculum lattes.

29 de janeiro à 02 de fevereiro de 2018.

ARGUIÇÃO E ANÁLISE DO CURRÍCULO: PESO 4

ANÁLISE DO PROJETO DE PESQUISA: PESO 6

7.3. Divulgação dos resultados finais: **05 de fevereiro de 2018** na página do Programa:

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ciencia-aplicada-qualificacao-medica>

VIII – RECURSOS

8.1. Do Currículo Lattes:

8.1.1. O recurso para este item deverá considerar o conteúdo do CV da plataforma Lattes atualizado e enviado no ato da inscrição do candidato, conforme descrito no item 6.2.1 do presente edital.

8.2 A resposta do recurso interposto será publicada no site <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ciencia-aplicada-qualificacao-medica> no prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data de interposição do recurso;

8.2.1. No caso de provimento do recurso interposto dentro das especificações, esse poderá, eventualmente, alterar a nota/classificação inicial obtida pelo candidato para uma nota/classificação superior ou inferior ou ainda ocorrer a desclassificação do candidato que não obtiver nota mínima exigida para aprovação;

8.2.2. Será indeferido o recurso interposto fora da forma e dos prazos estipulados neste Edital;

8.2.3. Em hipótese alguma, será aceito pedido de revisão de recurso e/ou recurso de recurso e do resultado final;

IX – CONVOCAÇÃO PARA MATRÍCULA

9.1. A convocação para matrícula se dará entre os candidatos aprovados respeitando-se o número de vagas publicado no item II deste edital;

9.2. A classificação final será publicada no site <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ciencia-aplicada-qualificacao-medica> até dia **05 janeiro de 2018**, no qual constará a classificação final dos candidatos e as respectivas datas e local para matrícula. É de inteira responsabilidade do candidato o acompanhamento da publicação, não podendo ser alegada qualquer espécie de desconhecimento.

X – BOLSAS

O Curso não possui bolsas institucionais (CAPES, CNPq ou de outras agências de fomento).

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Haverá exclusão sumária do candidato, quando:

11.1.1. For constatada inexatidão de qualquer informação fornecida pelo candidato durante o Processo Seletivo;

11.1.2. Houver a ausência do candidato em qualquer uma das etapas, qualquer que seja a alegação;

11.2. Não serão fornecidos atestados ou certificados relativos à classificação ou pontuação;

11.3. Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais atualizações e/ou retificações, enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, circunstância que será publicada pelo site <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ciencia-aplicada-qualificacao-medica>, razão pela qual os candidatos deverão acompanhar as publicações, não podendo ser alegada qualquer espécie de desconhecimento.

11.4. A Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP se exime das despesas decorrentes de viagens e estadias dos candidatos para comparecimento em quaisquer das fases deste Processo Seletivo.

11.5. A Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP não se responsabiliza pela desclassificação do candidato decorrente de:

11.5.1. Perdas de prazo;

11.5.2. Endereço não atualizado, de difícil acesso e/ ou de terceiros;

11.5.3. Correspondência devolvida pela ECT por razões diversas;

11.5.4. Correspondência recebida por terceiros;

11.5.5. Não recebimento de comunicações via e-mail.

11.6. Toda menção a horário neste Edital e em outros atos dele decorrentes terá como referência o horário oficial de Brasília.

11.7. Os casos não previstos neste Edital serão julgados pela Comissão do Programa.

XII – CALENDÁRIO

Inscrição: 02 de janeiro à 26 de janeiro de 2018.

Avaliação dos candidatos: 29 de janeiro à 02 de fevereiro de 2018.

Resultado final: 05 de fevereiro de 2018.

Matricula: 07 de fevereiro de 2018.

Os resultados não serão informados por telefone.

Para efetivação da matrícula, o candidato deverá aguardar o e-mail do Programa com as datas, os horários e local.

Observação: Os documentos dos alunos reprovados estarão disponíveis na Secretaria de Pós-Graduação até 30 dias após a divulgação do resultado final. Após esse período toda a documentação será descartada.

Casos omissos neste edital serão tratados pela Comissão do Programa.

ANEXO I

Etiqueta de identificação

PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA APLICADA À QUALIFICAÇÃO MÉDICA. NOME COMPLETO: _____ NÍVEL: MESTRADO PROFISSIONAL
--

O endereço para envio:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAM
Faculdade de Ciências Médicas – FCM
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
Distrito de Barão Geraldo – Campinas – SP
CEP. 13.083-887

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

<input type="checkbox"/> Formulário de inscrição
<input type="checkbox"/> Formulário de carta de aceite do futuro orientador
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou <input type="checkbox"/> Casamento
<input type="checkbox"/> Diploma ou <input type="checkbox"/> Certificado de Conclusão
<input type="checkbox"/> Histórico Escolar
<input type="checkbox"/> Projeto de pesquisa
<input type="checkbox"/> Termo de Informação e Responsabilidade assinado
<input type="checkbox"/> Carteira de Vacinação
<input type="checkbox"/> Certificado de proficiência em inglês
<input type="checkbox"/> Currículo Lattes

ANEXO II

PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA APLICADA À QUALIFICAÇÃO MÉDICA.

MODELO DE RECURSO

Nome completo:
Nº de inscrição:
Número de documento:
Endereço Completo:
Telefone (s):
E-mail:
Questionamento:

Embasamento:

Local e Data:

Assinatura:

ANEXO III

Vacinação para profissionais da área da saúde, incluindo estudantes (graduação e pós-graduação), residentes, aprimorandos e estagiários

Termo de Informação e Responsabilidade

Por este termo, eu, abaixo assinado, após receber informações e orientações a respeito dos riscos de aquisição e transmissão de doenças transmissíveis durante as minhas atividades na área de saúde declaro estar ciente da possibilidade de prevenção destas doenças através da realização de vacinas específicas e da monitorização através do teste tuberculínico (Mantoux). Caso não realize as vacinas, o teste tuberculínico e o controle sorológico após as três doses da vacina para hepatite B, oferecidos gratuitamente pela Universidade Estadual de Campinas, assumo a responsabilidade de realizá-los em outra Instituição, Clínica ou Unidade Básica de Saúde, e comprovar a realização dos mesmos. No caso de não adesão às recomendações preconizadas para as imunizações, controle sorológico para hepatite B e realização do teste tuberculínico inicial e de seguimento (se inferior à 10mm no teste inicial), responsabilizo-me por todos os riscos a que ficarei exposto, isentando a Universidade Estadual de Campinas de qualquer responsabilidade em eventual contaminação posterior.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome do responsável (se menor de idade): _____

Assinatura do responsável (se menor de idade): _____

ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu _____ tenho disponibilidade e dispensa de horário para cumprir com todas as atividades do programa de Pós-graduação.

Data ___/___/___

Assinaturas

Ciência da Chefia: _____
Assinatura e carimbo