



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO



## XVII CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO Edital nº I

O Curso de Especialização em Medicina do Trabalho encontra-se aprovado e regulamentado na Universidade Federal do Paraná e atende as orientações do Conselho Federal de Medicina (Resoluções CFM nº 1634/2002 e nº 1666/2003), acreditado pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT (Diretrizes para os Cursos de Especialização em Medicina do Trabalho).

### **Período do Curso:**

Duração de 2 (dois) anos com início no 1º semestre de 2016.

**Carga Horária Total:** 1.920 horas

**Clientela alvo:** Médicos.

**Vagas:** 40

Conforme a Resolução da UFPR (COUN 42/03), 4 vagas serão destinadas a bolsas integrais, reservadas a servidores públicos que apresentarem solicitação institucional no período da inscrição.

**Período de Inscrição:** 01/02/2016 a 29/02/2016;

Documentação Exigida:

- Ficha de inscrição do curso (segue modelo em anexo)
- Curriculum Vitae documentado (cópias)

OBS.: Os candidatos que já atuam em área relacionada à Medicina do Trabalho, terão prioridade na seleção, devendo para isto apresentar declaração da empresa ou instituição onde atua. (papel timbrado e assinado pela chefia).

Os candidatos serão selecionados por Comissão designada pelo Departamento através de análise curricular e poderão ser convocados por contato telefônico e email para entrevista de esclarecimento sobre o currículo.

A ficha de inscrição e o Curriculum Vitae deverão ser entregues diretamente à Secretaria do Curso, ou via SEDEX até o prazo de 29/02/2016 às 16hs00, impreterivelmente.

Edital dos selecionados será divulgado até o dia 04/03/2016.

**MATRÍCULA:** 10 a 17/03/2016

**INÍCIO DAS AULAS:** 09/04/2016



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**



## **TAXAS**

Através de contrato de Prestação de Serviços Educacionais assinado pelo aluno e a instituição, num total de 25 (vinte e cinco) parcelas mensais de R\$ 1.000,00 (um mil reais) na forma de boleto bancário.

## **Informações e Inscrição:**

Site: [www.medtrab.ufpr.br](http://www.medtrab.ufpr.br)

E-mail: [medtrabufpr@hotmail.com](mailto:medtrabufpr@hotmail.com)

## **Secretaria do Curso**

Rua Padre Camargo, 280 – 7º andar - Bairro Alto da Glória - Curitiba – PR  
com Kátia no horário de 8hs00 às 12hs00/13hs00 às 16hs00 de 2ª à 6ª-feira  
CEP 80060-240  
Fone: (41) 3360-7268

## **Observações:**

-A UFPR reserva-se o direito de não ofertar o curso caso não haja um número mínimo de alunos matriculados.

-Os casos omissos deste Edital serão resolvidos pelo Departamento de Saúde Comunitária/UFPR

Curitiba, fevereiro/2016.

## **Coordenação do Curso**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO



## FICHA DE INSCRIÇÃO – DADOS PESSOAIS

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

Instituição de Graduação: \_\_\_\_\_

Ano de formatura: \_\_\_\_\_

Registro no CRM nº \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local de nascimento: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereços completos (rua, número, complemento, cidade, estado, CEP):

Residencial:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comercial:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefones: Residencial: (     ) \_\_\_\_\_

Celular: (     ) \_\_\_\_\_

Comercial: (     ) \_\_\_\_\_



### ATIVIDADES PROFISSIONAIS

**1) Instituição / empresa ( ) atual ( ) anterior:**

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

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

Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Atividade relacionada com Medicina do Trabalho: ( ) sim ( ) não

Descrever as atividades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2) Instituição / empresa ( ) atual ( ) anterior:**

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

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

Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Término: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Atividade relacionada com Medicina do Trabalho: ( ) sim ( ) não

Descrever as atividades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Disponibilidade para aulas práticas e visitas na sexta-feira a tarde,  
quinzenalmente?

( ) sim ( ) não

Se não, justifique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais experiências já teve na área de medicina do trabalho.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**



Outras atividades desenvolvidas na área médica:

---

---

Especifique outros cursos de pós-graduação e ano realizados:

---

---

---

---

Qual seu objetivo / interesse em fazer o curso?

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura