

**FACULDADE REDENTOR  
HOSPITAL SANTA ROSA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA – 2019**

O Centro de Estudos do Hospital Santa Rosa torna público, a abertura das inscrições para o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal.

As vagas oferecidas e a duração do curso:

<b>Especialidade</b>	<b>Vagas</b>	<b>Duração</b>
Terapia Intensiva Adulto Pediátrico e Neonatal	40	12 módulos

**ESPECIALIAZAÇÃO LATO SENSU:** Serão oferecidas 40 (quarenta) vagas. As aulas serão ministradas aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) conforme cronograma previamente estabelecido durante o curso, com carga horária de 300h teóricas e 60h práticas.

**INSCRIÇÕES:**

- O período de inscrições será a partir de 8h00min do dia 12 de novembro de 2018 até as 17h30min do dia 18 de março de 2019 (horário local).
- Informações: (65) 3618-8182 / 8380.
- Informações no site: [www.hospitalsantarosa.com.br](http://www.hospitalsantarosa.com.br).
- Para os candidatos residentes no interior do Estado às inscrições deverão ser efetuadas mediante formulário específico via e-mail [centrodeestudos@hospitalsantarosa.com.br](mailto:centrodeestudos@hospitalsantarosa.com.br).
- Para os candidatos residentes em Cuiabá e baixada metropolitana, as inscrições deverão ser efetuadas no Centro de Estudos do Hospital Santa Rosa: Rua Adel Maluf, nº 119 – Bairro Jardim Mariana– Cuiabá/MT - 2º andar.

## **PARA INSCREVER-SE O CANDIDATO DEVERÁ:**

- Ler o Edital, preencher o formulário de inscrição e transmitir os dados via e-mail ou presencialmente, sendo de total responsabilidade do candidato à informação dos dados cadastrais no ato da inscrição, sob as penas da lei.
- Efetuar o pagamento da inscrição, no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), impreterivelmente até a data limite das inscrições.
- O comprovante de depósito ou transferência bancária deverá ser encaminhado para a secretaria pelo e-mail: [centrodeestudos@hospitalsantarosa.com.br](mailto:centrodeestudos@hospitalsantarosa.com.br) até a data limite das inscrições.
- Não serão aceitas inscrições cujo pagamento da devida taxa não puder ser comprovada sob pena de exclusão da inscrição do candidato.
- A inscrição será considerada efetivada, quando o candidato seguir os passos indicados acima e ocorrer o recebimento do comprovante de pagamento pela secretaria.
- A conta bancária para depósito do valor da inscrição segue abaixo:  
**Unicred de Cuiabá (Banco 136)**  
**Agência: 2301**  
**Conta Corrente: 12103-7**  
**CNPJ: 05.100.067.0001-11**
- A coordenação do curso não se responsabilizará por solicitação de inscrição não recebida por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, bem como fatores que impossibilitem a transferência de dados, etc. Se necessário auxílio para a inscrição, o candidato poderá entrar em contato com a secretaria do Centro de Estudos do Hospital Santa Rosa, para realizar a inscrição seguindo os mesmos procedimentos citados acima.

## **MATRÍCULA:**

Só serão matriculados os fisioterapeutas que se formaram em cursos de fisioterapia reconhecidos pelo MEC, ou que obtiveram seu diploma estrangeiro legalmente revalidado no Brasil até a data de 31 de janeiro de 2019.

## **DOCUMENTOS EXIGIDOS NA MATRÍCULA:**

- Documentos Pessoais (Certidão Civil, RG, CPF, Título de Eleitor e CREFITO).
- Certificado de reservista (homens);
- Comprovante de quitação eleitoral;
- Comprovante de endereço atualizado;
- Diploma da Graduação (frente e verso);
- Histórico da Graduação;
- 01 Foto 3X4;
- Declaração da Faculdade de Graduação reconhecida pelo MEC, comprovando que o candidato concluiu o curso de Fisioterapia até o dia 31 de dezembro de 2018.

## FICHA DE MATRICULA

### CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO PEDIÁTRICO E NEONATAL – ANO 2019

Nome: .....

Data Nascimento: ...../...../..... Natural de:.....

Nacionalidade: ..... Estado Civil:.....

Filiação: Pai:.....

Mãe:.....

RG ..... Órgão Expedidor:..... Data:.....

CPF..... CREFITO:.....

Título de Eleitor:..... Zona:..... Seção:.....

Carteira de Reservista:..... Região Militar:.....

Instituição de Origem:.....

Início do Curso:...../...../..... Término do Curso: ...../...../.....

Endereço:.....

Bairro:..... Cidade:.....

UF:..... Cep.....

Telefones:.....

E-mail: .....

Cuiabá/MT,..... de ..... de .....

.....  
Assinatura do Candidato