

**FACULDADE REDENTOR  
EDITAL DE PROCESSO SELETIVO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA - TERAPIA INTENSIVA – 2017**

O HOSPITAL SANTA ROSA torna público através do presente Edital, a abertura de matrículas para a Pós Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Cuidados Intensivos.

As vagas oferecidas e a duração do programa:

<b>Especialidade</b>	<b>Vagas</b>	<b>Duração</b>
Enfermagem em Cuidados Intensivos	40	01 ano

**ESPECIALIZAÇÃO 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 60 práticas.

- Para os candidatos residentes no interior do Estado às matrículas deverão ser efetuadas mediante formulário específico via e-mail [centrodestudos@hospitalsantarosa.com.br](mailto:centrodestudos@hospitalsantarosa.com.br) ou [credenciamento@hospitalsantarosa.com.br](mailto:credenciamento@hospitalsantarosa.com.br) .
- Para os candidatos residentes em Cuiabá e baixada metropolitana, as matrículas deverão ser efetuadas no Centro de Estudos do Hospital Santa Rosa: Rua Adel Maluf, nº 119 – Bairro Jardim Mariana– Cuiabá/MT. 2º andar
- Informações no site: [www.hospitalsantarosa.com.br](http://www.hospitalsantarosa.com.br) ou no telefone (65) 3618-8182.

**Para matricular-se o candidato deverá:**

- Ler o Edital, **preencher o formulário de matrícula e transmitir os dados via e-mail ou presencialmente**, sendo de total responsabilidade do candidato a informação dos dados cadastrais no ato da inscrição, sob as penas da lei.
- **Efetuar o pagamento da matrícula, no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), impreterivelmente até a data limite das inscrições.** Os valores pagos a título de matrículas não serão devolvidos em hipótese alguma.
- **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) ou [credenciamento@hospitalsantarosa.com.br](mailto:credenciamento@hospitalsantarosa.com.br) até a data limite das matrículas.**
- Não serão aceitas matrículas cujo pagamento da devida taxa não puder ser comprovada sob pena de desclassificação do candidato.
- **A matrícula 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 matrícula 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 se dirigir até o Centro de Estudos do Hospital Santa Rosa para realizar a inscrição via site seguindo os mesmos procedimentos citados acima. Informações: (65) 3618-8182;
- Só serão matriculados os enfermeiros que se formaram em cursos de Enfermagem reconhecidos pelo MEC, ou que obtiveram seu diploma estrangeiro legalmente revalidado no Brasil até a data de 31 de janeiro de 2017.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS NA MATRÍCULA:

- Documentos Pessoais (Certidão Civil, RG, CPF, Título de Eleitor e CREFITO).
- Certificado de reservista (homens)
- Comprovante da última votação;
- Comprovante de residência atualizado;
- Diploma da Graduação (frente e verso);
- Histórico da Graduação;
- 01 Foto 3X4;
- Declaração da faculdade de Enfermagem reconhecida pelo MEC, comprovando que o candidato concluiu o curso de Enfermagem até o dia 31 de dezembro de 2016, ou fotocópia do diploma de Enfermeiro, ou fotocópia da carteira do COREN (Conselho Regional de Enfermagem).

**FICHA DE MATRICULA**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM CUIDADOS INTENSIVOS EM**  
**ENFERMAGEM**  
**ANO – 2017**

Informações para Cadastro

Nome: .....

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

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

Filiação: Pai:.....  
Mãe:.....

RG ..... Orgão Expedidor:.....Data:.....

CPF :.....COREN:.....

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

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

Escola de Origem:.....

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

Endereço:.....

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

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

Telefones .....

E-mail: .....

Cuiabá/MT,..... de ..... de .....

.....  
Assinatura do Candidato