



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**Seleção Pública 2023 I SGTES – SAPS**  
**Chamada de Seleção Pública 2023**

**Edital MPSF nº 1/2023 – ERRATA Nº 2**

**CHAMADA DE SELEÇÃO PÚBLICA PARA INGRESSO AO MESTRADO (N.01/2023) DO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE**

**Esta errata contém informações específicas do processo seletivo da Universidade Federal Fluminense.** A errata completa, com informações sobre outras Instituições de Ensino Superior, encontra-se disponível no site:

<https://profsaude.sites.uff.br/processo-seletivo-2024/>

A Comissão de Seleção Nacional do PROFSAÚDE torna público as devidas alterações no edital supracitado:

**ITEM 2- DAS COMPETÊNCIAS**

Subitem 2.2, **onde se lê:** A cada instituição associada (IES) representada pelo respectivo Coordenador Acadêmico Institucional, competirá: **divulgar a comissão de seleção local 5 (cinco) dias antes das inscrições (...).**

**Leia-se:** A cada instituição associada (IES) representada pelo respectivo Coordenador Acadêmico Institucional, competirá: **divulgar a comissão de seleção local 48 horas antes do início do processo seletivo, considerando tal início, a data de abertura das inscrições (...).**

**ITEM 3 - DOS REQUISITOS DO PÚBLICO-ALVO**

**Onde se lê:** Item 3.4 alíneas “d, e, f ” **há pelo menos 12 (doze) meses de forma ininterrupta,** COMPREENDA-SE: que os 12 (doze) meses **ininterruptos podem também** contabilizar experiências **em municípios distintos.** Neste caso, será **obrigatório** anexar a declaração (ANEXO IV) referente a cada período, perfazendo um total de **12 (doze) meses ininterruptos.**

## **ITEM 6.10- DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO**

Subitem 6.10.12, **onde se lê:** Declaração do gestor da instância do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente à atuação profissional e/ou coordenador de curso de residência (ou pessoa por eles designadas), **comprovando vínculo empregatício** (...) (Anexo IV).

**Leia-se:** Declaração do gestor da instância do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente à atuação profissional e/ou coordenador de curso de residência (ou pessoa por eles designadas), **comprovando atuação na Estratégia Saúde da Família/ Atenção Primária à saúde** (...) (Anexo IV).

**ANEXO VI – ROTEIRO PARA A ANÁLISE DE CURRÍCULO**, bloco I – Formação Acadêmica, ACRESCENTE-SE: Certificado de Especialização em Medicina de Família e Comunidade 1,0 ponto por curso, pontuação máxima 1,0 ponto.

**ANEXO VI – ROTEIRO PARA A ANÁLISE DE CURRÍCULO**, bloco III - Atividades Profissionais (nos últimos 5 anos): ACRESCENTE-SE: Docência na graduação (em disciplinas voltadas para a Saúde Coletiva, APS ou Saúde da Família) - 0,2 ponto por semestre, pontuação máxima 1,0 ponto.

Niterói, 13 de dezembro de 2023.

---

Dr.<sup>a</sup> **PATTY FIDELIS DE ALMEIDA**  
Coordenadora do ProfSaúde/UFF  
ISC/UFF

## ANEXO IV – CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

MODELO CARTA DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO  
(EM PAPEL TIMBRADO DA SECRETARIA DA SAÚDE ou COORDENADOR (A) DO CURSO)

Em conformidade com o que determina a Chamada de Seleção Pública do Mestrado Profissional em Saúde da Família- PROFSAÚDE, declaramos que \_\_\_\_\_  
(CPF \_\_\_\_\_) atua na Estratégia Saúde da Família/ Atenção Primária à saúde (eSF, eSF Ribeirinha, eSF Fluvial, Atenção Básica à Saúde Indígena, Consultório na Rua, Equipe de Atenção Básica Prisional ou E-Multi) com esta secretaria, atuando em (Local/setor de trabalho) \_\_\_\_\_ na função de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_. Desta forma, dou ciência da participação do(a) candidato(a) no processo seletivo do PROFSAÚDE/MPSF e de que, caso seja aprovado (a), da necessidade de participação nos encontros presenciais propostos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Cidade-Estado Data

NOME DA SECRETARIA e/ ou COORDENADOR (A): \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DDD/TELEFONE: \_\_\_\_\_

VALIDADE DA DECLARAÇÃO: \_\_\_\_\_

(mencionar o período de validade da autorização. A validade máxima expira em 31/12 do ano da emissão da carta de ciência e autorização)

\_\_\_\_\_  
NOME, CARGO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL  
(SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE OU PESSOA POR ELE (A) DESIGNADA)