

**COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
IAMSPE-SP**



**Curso de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde**



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

CEDEP-PG – Av. Ibirapuera, 981 – 6º andar – SP- CEP: 04029-000- Fone: 5088-8268

Fax: 5573.8854 – E-mails= posgrad@iamspe.sp.gov.br e pgraduacao@gmail.com

A Comissão de Pós-Graduação do IAMSPE/SP torna pública a abertura de inscrições e estabelece as normas para o processo de seleção de candidatos ao **CURSO PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – NÍVEL DE MESTRADO**.

INSCRIÇÕES

As inscrições serão recebidas pela Secretaria de Pós-Graduação do IAMSPE (Avenida Ibirapuera nº 981, 2º andar, Vila Clementino, São Paulo – SP), no horário das 10:00 às 12:00 e das 14:00 as 16:00 horas, de 2ª a 6ª feiras, exceto feriados e pontos facultativos estaduais.

Para inscrever-se o interessado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) **Ficha de inscrição** devidamente preenchida (edital e ficha disponibilizados no site <http://www.pgcsiamspe.org>)
- b) **Declaração de aceitação do orientador** e o **projeto de pesquisa** com título, justificativa, objetivos, método, resultados (se houver), referências e cronograma de execução.
- c) **Curriculo Lattes** com atividades científicas, relacionadas à área de saúde.
- d) **Diploma de graduação*** em curso superior há pelo menos dois anos, juntamente com histórico escolar*, compatível com a área pretendida.
 - **Médicos:** diploma ou declaração comprovando haver completado o programa de Residência Médica (reconhecida pelo MEC) ou Título de Especialista.
 - **Outros Profissionais da Área de Saúde:** Título de Especialista ou Certificado de Pós Graduação Lato-Senso na área da Saúde.

Observação: casos excepcionais serão decididos pela Comissão de Pós-Graduação (CPG).
- e) **Cédula de identidade (RG) ***
- f) **Cadastro de Pessoa Física (CPF) ***
- g) **03 fotos 3 X 4 recentes**
- h) **Registro no Conselho Regional respectivo**
- i) **Pagamento de taxas:** 1ª. inscrição: R\$ 500,00 (quinhentos reais); 2ª. Inscrição: isenta. A partir do 3º ano a taxa de inscrição será de R\$1.000,00 (um mil reais). Redução de 50% aos candidatos que obedecerem aos termos da lei nº 12.782.

* **cópias autenticadas**



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

CEDEP-PG – Av. Ibirapuera, 981 – 6º andar – SP- CEP: 04029-000- Fone: 5088-8268

Fax: 5573.8854 – E-mails= posgrad@iamspe.sp.gov.br e pgraduacao@gmail.com

Nº DE VAGAS OFERECIDAS

Mestrado: de acordo com a disponibilidade dos orientadores (Vide corpo docente no site www.pgcsiamspe.org)

PROCESSO DE SELEÇÃO

O processo seletivo tem como objetivo *recomendar ou não* o aluno para a inscrição/matricula no programa de Pós-Graduação.

O processo seletivo constará de:

1. Análise do currículo no modelo Lattes e do projeto de pesquisa do candidato.
2. Entrevista do candidato, a critério da coordenação do curso, por comissão devidamente constituída para esse fim.

MATRÍCULA

O orientador deverá solicitar a efetivação da matrícula de seus orientandos no mínimo 12 (doze) meses previamente à data da defesa da tese.

Exigências: 1) aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAMSPE; 2) créditos concluídos; 3) apresentação, no mínimo, dos seguintes capítulos da tese: introdução, método, resultados finalizados e referências (*Artigo 10º* do Regulamento da Comissão de Pós-Graduação – CPG).

Os candidatos aprovados assumem o compromisso de aceitar o Regimento Interno do Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (CEDEP) e as Normas da Comissão de Pós Graduação (CPG) do IAMSPE-SP.

São Paulo, dezembro/2011

Prof. Dr. Jaques Waisberg
Coordenador da Comissão de
Pós-Graduação do IAMSPE/SP



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

CEDEP-PG – Av. Ibirapuera, 981 – 6º andar – SP- CEP: 04029-000- Fone: 5088-8268

Fax: 5573.8854 – E-mails= posgrad@iamspe.sp.gov.br e pgraduacao@gmail.com

DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

Declaro, para fins de inscrição/matricula no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE, nível Mestrado, que aceito orientar o(a) **aluno(a)** _____

São Paulo, ____/_____/____

Orientador

Prof.Dr. (nome por extenso) _____

Assinatura _____



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

CEDEP-PG – Av. Ibirapuera, 981 – 6º andar – SP- CEP: 04029-000- Fone: 5088-8268

Fax: 5573.8854 – E-mails= posgrad@iamspe.sp.gov.br e pgraduacao@gmail.com

DECLARAÇÃO DO CO-ORIENTADOR

Declaro, para fins de inscrição/matricula no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE, nível Mestrado, que aceito co-orientar o(a) **aluno(a)** _____

São Paulo, ____/_____/____

Co-Orientador

Prof.Dr. (nome por extenso) _____

Assinatura _____



LINHAS DE PESQUISA – 2011

1. *Processos crônico-degenerativos dos agravos à saúde.*
2. *Correlação clínico-epidemiológica e prevenção das doenças transmissíveis.*
3. *Afecções geneticamente determinadas e reprodução humana.*
4. *Promoção da saúde humana e qualidade de vida.*
5. *Investigação laboratorial no diagnóstico e prognóstico das doenças.*
6. *Transtornos psiquiátricos e psicológicos.*
7. *Processos inflamatórios e alérgicos dos distúrbios da saúde.*