



SGD: @@nup_protocolo@@
@@tipo_documento@@ - @@txt_identificacao@@

Palmas, 04 de outubro de 2021.

Aos Núcleos de Educação Permanente sob Gestão Estadual; A Escola Tocantinense do SUS; As Superintendências da Secretaria de Saúde.

Assunto: Indicação de servidores para participar do Curso Práticas Educacionais Inovadoras em Saúde: metodologias ativas para ressignificação da aprendizagem.

Senhores Responsáveis,

A Secretaria de Estado da Saúde SES-TO, por meio da Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde/Diretoria Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes realizará o Curso Práticas Educacionais Inovadoras em Saúde: metodologias ativas para ressignificação da aprendizagem, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da saúde em metodologias ativas de ensino e aprendizagem e educação permanente, com vistas à inovação e transformação de práticas.

O referido Curso tem como público alvo: servidores da saúde lotados nos núcleos de educação permanente sob gestão estadual e municipal, servidores da Etsus e servidores com experiência em facilitação de ensino aprendizagem dos processos educacionais em saúde. O curso será realizado na modalidade semipresencial, as atividades serão realizadas por meio de plataformas digitais adotadas pela Etsus, com a carga horária total de 88 horas.

Contamos com vossa parceria no sentido de mobilizar e indicar os profissionais desta instituição, para participarem do curso conforme vagas ofertadas no anexo I. Segue a ficha de inscrição (Anexo II), que deverá ser preenchida/assinada e encaminhada para o e-mail etsus.cursos@gmail.com juntamente com documento de identidade ou certidão de nascimento ou casamento, até o dia 15/10/2021. Os participantes serão informados posteriormente sobre as datas de realização do curso, com previsão de início para a última semana de outubro.

Para mais esclarecimentos, entrar em contato pelo telefone (63) 3218 6281 ou e-mail etsus.cursos@gmail.com, com Ana Paula.

Atenciosamente,

FABIOLA SANDINI BRAGA

Diretora da Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes / ETSUS-TO





ANEXO I

QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS

Instituição	Número de vagas ofertadas
NEP do LACEN	2
NEP da Superintendência de Vigilância em Saúde	2
NEP do Hospital Regional Público de Porto Nacional	2
NEP do Hospital Regional de Miracema	1
NEP do Hospital Regional de Guaraí	2
NEP do Hospital Regional de Augustinópolis	1
NEP do Hospital Regional de Arapoema	2
NEP do Hospital Regional de Araguaína	3
NEP do Hospital Regional de Paraíso	1
NEP do Hospital Materno Infantil Público Tia Dedé	1
NEP do Hospital Infantil de Palmas	1
NEP do Hospital Geral Público de Palmas	3
NEP do Hospital e Maternidade Dona Regina	2
NEP do Hospital Regional de Gurupi	1
NEP do Hospital de Alvorada	2
NEP do Hemonúcleo de Gurupi	2
NEP da Unidade de Coleta Transfusão de Porto Nacional	1
NEP do Hemocentro de Palmas	2
NEP do Hemocentro de Araguaína	2
NEPs Municipais	7
Escola Tocantinense do Sistema Único do SUS Dr. Gismar Gomes	10
Servidores com experiência em facilitação de ensino aprendizagem dos processos educacionais em saúde.	30



SECRETARIA
DA SAÚDETOCANTINS
GOVERNO DO ESTADOEscola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes
Quadra 606 sul Alameda Portinari, APM 07, Palmas -
TO, CEP: 77022-062
TEL: + 55 63. 3218 6280 / 6290

ANEXO II



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde
Diretoria da Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes
Ficha de Inscrição

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Preencher todos os campos da ficha de inscrição com letra de forma;
- No campo tipo de servidor, os (as) participantes que forem servidores (as) estaduais cedidos para o município, deverão marcar a opção "servidor estadual";
- O (a) participante deverá assinar a ficha de inscrição, bem como sua chefia imediata, pois só serão efetivadas inscrições constando as assinaturas solicitadas.

EVENTO:

Responsável pelo Evento: **SES/DETSUS/GEPSUS**

Período de Inscrições:

Local:

1. DADOS PESSOAIS

NOME

SEXO: MASC.
 FEM.

NECESSIDADE ESPECIAL:

QUAL?

 SIM NÃO

ENDEREÇO:

CEP:

CIDADE:

ESTADO:

TEL. RES

CEL:

E-MAIL:

RG

ORG. EXP.:

CPF:

2. DADOS PROFISSIONAIS SERVIDOR PÚBLICO

ÓRGÃO:

LOTAÇÃO:

TIPO DE SERVIDOR

 MUNICIPAL ESTADUAL FEDERAL

TIPO DE VÍNCULO

 EFETIVO NOMEADO CONTRATADO

CARGO

MATRÍCULA

FUNÇÃO

TEL. PROF.

FAX:

E-MAIL:

3. DADOS ACADÊMICOS

ENSINO FUNDAMENTAL

 COMPLETO
INCOMPLETO

ENSINO MÉDIO

 COMPLETO INCOMPLETO

ENSINO SUPERIOR

 COMPLETO INCOMPLETO

ESPECIFICAR GRADUAÇÃO: _____

PÓS-GRADUAÇÃO:

 ESPECIALIZAÇÃO MESTRADO DOUTORADO

Áreas: _____

TIPO DE

PARTICIPAÇÃO

 PARTICIPANTE MEDIADOR COORDENADOR_____
CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA_____
ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

Documento foi assinado digitalmente por FABIOLA SANDINI BRAGA em 04/10/2021 16:27:50.

A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <https://sgd.to.gov.br/verificador>, informando o código verificador: CF0BC10100DE9C2B.