



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO GESTOR IMEDIATO E COMPROMISSO PESSOAL
TERMO CONJUNTO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO GESTOR IMEDIATO E COMPROMISSO
PESSOAL DO PROFISSIONAL MULTIPLICADORES DOS SENTIDOS DO NASCER - SMSA/BH –
2026

Eu, _____, Gerente do
equipamento de saúde _____, Regional
_____, onde está lotado o profissional

_____, Matrícula, cargo, na
categoria profissional _____, manifesto, através
deste Termo, meu interesse em que o profissional acima nomeado faça o curso de
formação de Multiplicadores dos Sentidos do Nascer, após a conclusão do curso, no
Centro de Saúde ou na área de abrangência, favorecendo ampla participação da
comunidade, devendo manter o seu efetivo compromisso.

E para tal, me comprometo a:

- Liberar o profissional para o curso, que está aprovado no PROEP/2026.
- Oferecer o apoio necessário para a implantação da prática, incluindo a localização de espaço adequado, divulgação aos profissionais do Centro de Saúde e aos usuários do território.

Eu, _____, acima
identificado pelo gestor imediato, me comprometo a participar ativamente do cronograma
proposto para o curso de Multiplicadores dos Sentidos do Nascer - SMSA/BH – 2026.

Declaro estar ciente de que:

- Caso aprovado neste processo seletivo, o curso será desenvolvido na modalidade híbrida,
presencial e online, com carga horária total de 46 horas.

- Devo comparecer no horário previsto em cronograma, todos os dias dos módulos e permanecer até o final das atividades do dia, sem saídas antecipadas.
- Deverei evitar marcar período de férias e consultas médicas em dias de curso, pois estou ciente de que a declaração médica não abona nenhuma falta.

Quanto à implantação da prática, estou ciente de que:

- Deverei dar início após o término do curso em meu território de atuação.

Assinaturas:

Gestor Imediato: _____

Profissional Candidato: _____

Data: ____/____/____