

EDITAL PARA CONCURSO CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL 2010

ATENÇÃO: SOMENTE FORMALIZE SUA INSCRIÇÃO SE, DE FATO ATENDER ÀS EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS PELO EDITAL, POIS A TAXA **NÃO SERÁ DEVOLVIDA SOB NENHUM PRETEXTO.**

A prova de certificação será realizada de forma centralizada, na cidade de Natal, estado do Rio Grande do Norte em local a ser definido conforme número de inscrições.

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (**ABORL-CCF**), Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (**SBCCP**) e Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (**SBCP**), de acordo com o convênio firmado entre a Associação Médica Brasileira (**AMB**) e o Conselho Federal de Medicina (**CFM**), constante da Resolução CFM 1845/2008, leva ao conhecimento de todos os interessados, através deste **EDITAL** que as provas do Concurso para obtenção do Certificado de Atuação na Área de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial serão realizadas no **dia 02 de junho de 2010 (quarta-feira)**. O Certificado de Atuação na Área de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial terá validade de 5 anos, devendo ser renovado de acordo com os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA).

Os candidatos deverão cumprir as seguintes normas elaboradas conforme o regimento da Área de Atuação em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, reconhecido pela AMB.

1. PRÉ – REQUISITOS

- a) Ter Título de Especialista em Otorrinolaringologia ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço ou Cirurgia Plástica reconhecidos pela AMB/CFM (anexar cópia da comprovação).
- b) Certidão Ético-Profissional (deverá ser solicitada no CRM e enviada junto com o *Curriculum vitae* e com uma cópia do **CRM definitivo**).
- c) Comprovação de estágio ou residência em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial por pelo menos 1 ano OU comprovar atuação na área de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial por pelo menos 02 anos, incluindo participação em atividades científicas (no mínimo 100 pontos), utilizando sistema de pontuação da AMB.

2. INSCRIÇÃO

Enviar aos cuidados da **Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial (ABCCMF) para Rua Urano, 213 – Aclimação – Cep: 01529-010 – São Paulo-SP, [postadas com início em 04 de janeiro de 2010 e término no dia 05 de abril de 2010](#)**, os seguintes itens:

- a) cópia autenticada do Título de Especialista em Otorrinolaringologia ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço ou Cirurgia Plástica.
- b) A taxa de inscrição para o Concurso, no valor de **R\$ 350,00** (para os sócios quites da ABORL-CCF, SBCCP, SBCP e AMB) e R\$ 500,00 (para os não sócios da ABORL-CCF, SBCCP, SBCP e AMB) utilizando cheque nominal à **Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial**.
- c) O *Curriculum Vitae* de acordo com o modelo anexo.
- d) Relatório de cirurgias realizadas na área de atuação separado do Curriculum Vitae.
- e) Comprovante de estágio ou residência em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial ou Comprovante da atuação na área por no mínimo 2 anos e das atividades científicas.

3. PROGRAMA DA PROVA

O conteúdo programático da prova versará sobre:

- Princípios da Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial,
- Traumatologia Facial (epidemiologia, diagnóstico e tratamento),
- Anomalias Congênitas e Adquiridas da Face (diagnóstico e tratamento),
- Osteotomias Funcionais da Face (técnicas e indicações),
- Cirurgia Ortognática (técnicas e indicação),
- Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (diagnóstico e tratamento),
- Tumores crânio faciais,
- Anomalias Vasculares da Face (congenitas e adquiridas).

Bibliografia recomendada:

- Handbook of Facial Growth. – Enlow, D. Saunders; 1981.
- Plastic Surgery of the Orbit and Eyelids. - Tessier, P., Rougier, J., Derome, P. Masson USA; 1981.
- Plastic Surgery. - McCarthy, J., W.B. Saunders Company; 1990.
- Tratamento da Fissura Lábio Palatina.- Carreirão, S., Lessa, S., Zanini, S. Revinter; 1996.
- Cirurgia CranioMaxiloFacial. - Psillakis, J.M., Melega, J.M., Costa, E.A., Cruz, R.L. Medsi; 1997.
- Cirurgia Craniofacial: Malformações Congênitas. - Zanini, S., Revinter; 2000.
- Cirurgia Plástica: Cirurgia Reparadora de Cabeça e Pescoço. - Mélega, J.M. Medsi; 2002.
- Cirurgia Plástica: Princípios Gerais. - Mélega, J.M. Medsi; 2002.
- Otorrinolaringologia. Princípios e Prática Clínica. - Costa, S.S., Cruz, O. L., Oliveira, J.A. Revinter; 2003.
- Cirurgia Pediátrica. - Maksoud, J. G. Revinter; 2003.
- Cranioestenosis Surgery Saint Louis. – Marchac, D The C.V. Mosby Company, 1987.
- Cirurgia Ortognática. – Araujo, A. Ed Santos 1999.
- Atlas of Craniofacial and Cleft Surgery.- Salyer, K., Bardach, J. Lippincott _Raven 2004

4. A BANCA EXAMINADORA

A Banca Examinadora será composta de 10(dez) examinadores; sendo 09(nove) indicados pelas três entidades convenentes, a saber; Otorrinolaringologia (03), Cirurgia de Cabeça e Pescoço (03), Cirurgia Plástica (03), e 01 (hum) indicado pela Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, todos com certificado de Área de Atuação, em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial emitido pelo Convenio AMB/CFM.

5. O CURRICULUM VITAE

O modelo do *Curriculum Vitae* está exposto na página da Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial www.abccmf.org.br e das entidades convenentes www.aborlccf.org.br, www.cirurgiaplastica.org.br e www.sbccp.org.br

6. RELATÓRIO DE CIRURGIAS

Enviar relação de vinte e cinco intervenções cirúrgicas diversificadas na área de atuação Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial realizadas pelo candidato e assinada pelo diretor clínico da instituição, constando:

- a) Hospital onde foram realizadas
- b) Número de registro do prontuário e data da cirurgia
- c) Nome, idade e sexo do paciente
- d) Nome do cirurgião, auxiliares e anestesiológista
- e) Nome da intervenção cirúrgica realizada
- f) Declaração autorizando a Comissão Examinadora a ter acesso aos prontuários dos pacientes relacionados, caso a mesma julgue necessário.

Observação: A Comissão Examinadora sugere que as cirurgias apresentadas possam caracterizar, da melhor maneira possível, a abrangência e qualificação do candidato para prestar o concurso.

A não comprovação de realização de cirurgias na área de atuação Crânio-Maxilo-Facial, por parte do candidato, implicará na impossibilidade de realização da prova teórica, de tal forma que a comprovação de realização de cirurgias na Área de Atuação de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial é de caráter eliminatório.

7. AS PROVAS

Os candidatos serão submetidos às seguintes avaliações:

7.1 - Avaliação do currículo - A análise do currículo em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial enfatizará a participação em cursos teórico-práticos, e a experiência do candidato na área.

7.2 - Prova Teórica - Somente será convocado para a prova teórica o candidato que comprovar estágio ou residência em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial por no mínimo 01 (um) ano e/ou atuação em Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial por no mínimo 02 (dois) anos e apresentar o relatório de cirurgias de acordo com o edital.

A prova será na forma de questões de múltipla escolha, com apenas uma alternativa correta, e em número a ser definido para cada concurso pela Comissão composta por representantes das Sociedades convenientes.

7.3 – Resultado – Após 48 horas de realização da prova, o gabarito será disponibilizado pela Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial e as três entidades convenientes divulgarão em seus respectivos sites.

8. CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO

1. Avaliação do currículo (3),
2. Prova teórico (7), com acerto de 60% na Prova Teórica.
3. A nota final será a soma das notas de currículo mais a nota da prova teórica, em um total de 10 pontos, sendo necessária a obtenção de nota final mínima de 6 pontos para aprovação.

9. DECLARAÇÃO

Será concedida **DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO** aos médicos que alcançarem a nota mínima exigida e solicitarem formalmente (por escrito) a uma das três entidades convenientes.

10. O APROVADO

1. Após 10 (dez) dias de realização da prova a Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial e as três entidades convenientes divulgarão em seus respectivos sites a lista de aprovados no Concurso.
2. O pagamento da taxa para confecção do Certificado de Área de Atuação deverá ser feito em nome da **ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB**, com cheque nominal, e deverá ser enviado junto com os dados completos do solicitante, aos cuidados da Associação Brasileira de Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial - ABCCMF, para Rua Urano, 213 – Aclimação – Cep: 01529-010 – São Paulo-SP.
3. O Certificado será encaminhado pela AMB ou por sua Federada ao interessado, após os trâmites legais.

COMISSÃO DE CERTIFICAÇÃO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

CURRICULUM VITAE

1. Identificação

Nome:		Data de nascimento:	
Endereço:		Telefone:	
Cidade:	UF:	CPF	
Cep:			
E-mail:			
RG:		CRM:	

2. Graduação

Faculdade			
Ano de ingresso		Ano do término	
Faculdade			
Ano de ingresso		Ano do término	

3. Residência Médica ou Estágio

Instituição			
Ano de ingresso		Ano do término	
Instituição			
Ano de ingresso		Ano do término	

4. Título de Especialista

Especialidade		Ano	
Especialidade		Ano	

5. Títulos Acadêmicos

Mestrado	Instituição:	Ano	
Doutorado	Instituição:	Ano	
Livre-Docência	Instituição:	Ano	

6. Estágio no Brasil

Instituição:	Período	

7. Estágio no exterior

Instituição:	Período

8. Aprovação em concurso público

Instituição	Data

9. Cargos e Funções

Instituição	Período

10. Conhecimento de Idiomas

Idioma:	Fala ()	Lê ()	Escreve ()
Idioma:	Fala ()	Lê ()	Escreve ()
Idioma:	Fala ()	Lê ()	Escreve ()

11. Trabalho Publicado em Periódico:**Quantidade**

No Brasil:	
No Exterior:	

12. Tema livre apresentado em Congresso**Quantidade**

No Brasil:	
No Exterior:	

13. Livro ou manual publicado:**Quantidade**

Como editor	
Como autor de capítulo	

14. Participação em congressos**Quantidade**

No Brasil	
No Exterior	

15. Relatório de Cirurgias