



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



**EDITAL DE SELEÇÃO DE VOLUNTÁRIOS**  
**PROGRAMA DE EXTENSÃO (PROEX) 2019 – 2020**  
**EDITAL Nº 04/2019**

**I – APRESENTAÇÃO:**

A Coordenação do Curso de Farmácia, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, considerando a necessidade de aperfeiçoar o desempenho do corpo discente e prestar serviços à comunidade, conforme já previsto no PDI do UNIFACEX e no Projeto Pedagógico do Curso, torna público este edital para seleção de alunos para atuarem como voluntários em Projetos de Extensão.

**II – DO OBJETIVO:**

O Programa de Extensão tem como proposta principal estimular a integração social entre academia e sociedade. Essa integração pode ser compreendida como uma relação social de impacto e transformação onde os interesses e as necessidades são compartilhados e buscam a melhoria da qualidade de vida, elegendo questões prioritárias, formulando soluções, compromissos pessoais e institucionais para a mudança social.

**III - NÚMERO DE VAGAS VOLUNTÁRIAS OFERTADAS**

As vagas serão concedidas para estudantes do ensino superior, regularmente matriculados no Curso de Farmácia ou Enfermagem (exclusivo para o projeto sobre câncer de mama) do UNIFACEX, para os projetos de extensão e nas respectivas quantidades informadas no quadro abaixo:

<b>Projeto de Extensão</b>	<b>Docentes envolvidos</b>	<b>Vagas</b>
O que você sabe sobre o Câncer de mama?*	Lenilton Silva da Silveira Júnior	05
Drogas: Vulnerabilidade, riscos, formas de prevenção e recursos de apoio	Iracly Luanna de Albuquerque Silva Vanessa Almeida Otelo	05
Ação conjunta entre academia e comunidade para a prevenção de acidentes por animais peçonhentos	Juliana Félix da Silva	10

\*Disponível 02 vagas para o curso de Enfermagem a partir do 6º período.

**IV – DOS REQUISITOS DO VOLUNTÁRIO:**

- Ser aluno regularmente matriculado no Curso de Farmácia, salvo a exceção descrita neste Edital;
- Estar em dia com a Tesouraria e Biblioteca, de acordo com as normas do Centro Universitário Facex;
- Ter bom desempenho acadêmico, evidenciado pelo histórico escolar;
- Realizar entrevista com o professor proponente do projeto;

**V – DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Preencher ficha de inscrição (Anexo A) do processo seletivo;
- Histórico escolar;



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



#### **VI – DO PROCESSO SELETIVO:**

O julgamento será realizado pelo responsável pelo projeto de extensão.

#### **VII – DO CALENDÁRIO:**

- a) Período de inscrição: 03 a 09 de setembro de 2019, das 18h às 21h;
- b) Local: Coordenação do Curso de Farmácia;
- c) Divulgação das inscrições deferidas: 10/09/2019 no AVA;
- d) Data de entrevistas com o professor responsável: 11 e 12/09/2019 a partir das 15:00 horas;
- e) Divulgação do Resultado Final no site do UNIFACEX e no AVA: 13/09/2019.

#### **VIII – DAS ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS:**

- a) Reunião dos alunos para estudar a respeito do tema e elaborar materiais didáticos, juntamente com o professor orientador;
- b) Elaborar palestras educativas e/ou atendimentos a comunidade;
- b) Outras atividades relacionadas ao projeto de extensão.

#### **X – DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES:**

- a) O presente edital tem validade por 06 (seis) meses;
- b) As propostas com documentação incompleta e que não atendam ao estabelecido neste Edital estarão automaticamente desqualificadas;
- c) Decairá do direito de impugnar os termos deste edital, aquele que, tendo objeção, venha apontar, posteriormente ao julgamento, eventuais falhas ou imperfeições, hipóteses em que tal comunicação não terá efeito de recurso;
- d) A qualquer tempo, o presente edital poderá ser revogado ou anulado, no todo ou em parte, seja por decisão unilateral do UNIFACEX, seja por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direitos à indenização ou reclamação de qualquer natureza;
- e) O aluno selecionado exercerá as atividades como voluntário assinando o Termo de Adesão à Atividade Voluntária (Anexo B);
- f) Caso haja a implementação de atividades externas ao UNIFACEX, o voluntário deverá assinar o Termo de Compromisso (Anexo C);
- g) O aluno assinará um Plano de Trabalho referente à participação no projeto de extensão (Anexo D)
- h) A certificação do aluno ocorrerá por carga horária da ação de extensão executada e não pelo Projeto;
- f) Outras informações serão disponibilizadas no Portal do UNIFACEX ou no AVA da Coordenação do Curso de Farmácia ([www.unifacex.com.br](http://www.unifacex.com.br));
- g) Os casos omissos ou situações não previstas serão resolvidos pela Coordenação de Farmácia, conjuntamente com a Coordenação de Pesquisa e Extensão do UNIFACEX, ouvido o Pró-Reitor Acadêmico.



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



**Natal, 03 de setembro de 2019.**

*Lenilton Silva da Silveira Júnior*

**Prof. MSc. Lenilton Silva da Silveira Júnior**  
Coordenador do Curso de Farmácia  
Centro Universitário Facex - UNIFACEX



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



## **ANEXO A**

### **FICHA DE INSCRIÇÃO PARA VOLUNTÁRIO DE EXTENSÃO**

**Inscrito (a):**

**E-mail**

**Telefone/Cel:**

**Curso:**

**Turno:**

**Período**

**Projeto:**

( ) Declaro estar ciente de todas as condições constantes no Edital da Coordenação de Farmácia Nº 04/2019.

---

**Assinatura do candidato (a)**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



## **ANEXO B**

### **TERMO DE ADESÃO À ATIVIDADE VOLUNTÁRIA** **(VOLUNTARIADO DO PROJETO DE EXTENSÃO XXXXXXXXXXXXXXXXX)**

Nome do voluntário:

Identidade:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Telefone: (84)

Tipo de atividades que o voluntário vai realizar:

Local das ações de Extensão:

Nome: UNIFACEX – Centro Universitário

End.: Rua Orlando Silva, 2897 - Capim Macio, Natal/RN CEP 59 080-020

CNPJ: 08.241.911/0001-12

Declaro que estou ciente e aceito os termos da Lei do Serviço Voluntário, nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998.

Natal (RN), xx de xxxx de 2019.

\_\_\_\_\_  
Nome completo (Voluntário)

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
(Coordenador de Farmácia)

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
(Responsável pelo Projeto de Extensão)

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



## **ANEXO C**

**PROJETO DE EXTENSÃO: “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”**

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO DE RISCO DO ESTUDANTE**

Eu,....., matrícula ....., aluno do curso de ....., declaro estar ciente da existência de riscos inerentes à atividade externa a ser realizada no (DESCREVER O LOCAL EXTERNO) entre os dias XXXXXXXXXXXXXXXX de XXXX de 2019, motivo pelo qual concordo em seguir todas as orientações e informações transmitidas pelos professores referentes à prevenção e diminuição desses riscos, assumindo, por conseguinte, todas as consequências da desatenção às orientações e normas de segurança, podendo ser responsabilizado civil e penalmente pelos meus atos.

Declaro estar ciente dos deveres do aluno, abaixo relacionados:

- Apresentar-se devidamente vestido na saída e nos locais de atividades;
- Obedecer aos horários (chegada, permanência e saída) no UNIFACEX e em todos os locais;
- Comparecer ao embarque e as locais das atividades quinze minutos antes da hora marcada;
- Responsabilizar-se pela conservação do material usado durante as ações de extensão;
- Indenizar o UNIFACEX ou instituição visitada por qualquer dano causado aos instrumentos ou equipamentos, por conta do uso negligente;
- Tratar com educação e cordialidade todas as pessoas com quem mantiver contatos, inclusive os colegas de viagem;
- Obedecer rigorosamente às normas da instituição a ser visitada e evitar a dispersão no momento da visita;
- Levar o material de apoio solicitado pelos professores;
- Responsabilizar-se pela poltrona do ônibus que for destinada;
- Participar de todas as atividades até o seu término;
- Permanecer convenientemente trajado em todos os locais e atividades.

Declaro ainda estar ciente de que, caso necessite de eventual atendimento médico e/ou de primeiros socorros, estes dependem sempre das condições do local onde eu me encontrar.

Declaro também que informei ao responsável por esta atividade, com a antecedência devida, de minhas limitações físicas e psicológicas (moléstia, doença ou incapacidade física), que possam aumentar os riscos das atividades desenvolvidas, ou mesmo impedir de realizá-las.

Declaro ainda estar ciente das seguintes recomendações, passíveis de punição:

- É proibido fazer-se acompanhar de pessoas estranhas às atividades, inclusive de familiares;
- É expressamente proibido fumar e o uso de qualquer bebida alcoólica durante toda a viagem;
- Não será permitido qualquer tipo de avaria ou retirada de objetos dos locais visitados, salvo os de uso estritamente permitidos para fins de pesquisa;
- Nos locais de pernoite, após as 22h00min horas, é proibido qualquer barulho nos alojamentos, se for o caso;



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



- Não é permitida qualquer atitude atentatória à moral e aos bons costumes, devendo conduzir-se com dignidade nos respectivos ambientes;
- É proibido o porte ou consumo de qualquer tipo de droga ou bebida alcoólica, bem como o porte de armas, materiais inflamáveis, explosivos de qualquer natureza ou objeto que represente perigo para si e/ou para os demais participantes da atividade;
- Qualquer anormalidade detectada durante as atividades para implementação do Projeto de Extensão “XXXXXXXXXXXXX”, deve ser comunicada imediatamente aos responsáveis pela atividade externa.

Em caso de desobediência às normas de atividades externas, estou ciente de que poderei ser desligado desta atividade imediatamente e ser responsabilizado de acordo com o Manual do Aluno do UNIFACEX.

\_\_\_\_\_/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do aluno (a)



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FACEX**  
**COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA**  
RUA ORLANDO SILVA, 2896 – CAPIM MACIO  
CEP: 59080-020 – NATAL – RN  
TELEFONE: (84) 3235-1415  
E-MAIL: farmacia@unifacex.edu.br



## **ANEXO D**

**PROJETO DE EXTENSÃO: “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”**

### **PLANO DE TRABALHO DE VOLUNTÁRIO DE EXTENSÃO**

<b>Voluntário:</b>		<b>Fone:</b>
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>	<b>Curso:</b>
<b>Título do Projeto:</b>		<b>Área de Conhecimento:</b>
<b>Orientador:</b>		<b>Fone:</b>
<b>E-mail voluntário:</b>		<b>E-mail professor:</b>
<b>Resumo do projeto:</b>		
<b>Lista de atividades:</b>		

<b>CRONOGRAMA</b>												
<b>Atividades</b>	<b>Mês</b>											
	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>	<b>4°</b>	<b>5°</b>	<b>6°</b>	<b>7°</b>	<b>8°</b>	<b>9°</b>	<b>10ª</b>	<b>11°</b>	<b>12°</b>
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												

<b>Termo de Compromisso do Aluno (deverá ser assinado somente após a seleção):</b>		
Assumo o compromisso de dedicar-me as atividades de extensão acima previstas neste plano de trabalho.		
<b>Local</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura</b>