ANEXO XI - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA PROVA DE TÍTULOS

TÍTULOS REFERENTES FORMAÇÃO ACADÊMICA					
Títulos Avaliados	**Comprovação Obrigatória**	**Valor Unitário**	**Total de Pontos**	**Nº Pág.**	**Pontos atribuídos pelo candidato**
Curso de Nível Superior (Tecnólogo ou Graduação) **na área da saúde**.	Certificado de Conclusão do curso, acompanhado do Histórico Escolar, contendo o nome do candidato, nome do curso, carga horária total, realizado por Instituição reconhecida pelo MEC.	2,0 (dois) pontos	**2,0 (dois) pontos**		
Curso **Técnico na área da saúde.**	Certificado/declaração da conclusão de Curso Técnico com carga horária de no **mínimo 1.200 horas**, acompanhado do Histórico Escolar, contendo o nome do candidato, nome do curso e carga horária total, realizada por Instituição reconhecida pelo MEC.	1,0 (um) ponto	**1,0 (um) ponto**		
Cursos de qualificação profissional **na área da saúde** realizados a partir de 2019 (últimos 05 anos). **(*)**	Certificado ou Declaração da Instituição realizadora com carga horária de no **mínimo 40 horas** contendo o nome do candidato, o conteúdo do curso e a carga horária.	1,0 (um) ponto por curso.	**2,0 (dois) pontos**		
TOTAL		**5,0 pontos**			

NOTAS:

(*) Cursos de Formação Introdutória Básica, com carga horária de 40hs ou mais, não serão pontuados por se tratar de requisito obrigatório para o exercício do cargo.

1) O comprovante de conclusão de curso deverá ser expedido por instituição oficial de ensino devidamente reconhecida, somente sendo aceitas certidões ou declarações (emitidas no prazo máximo de 02(dois) anos após a conclusão do curso) nas quais constem nome da instituição de ensino, do curso, a data de conclusão, carga horária, acompanhadas de histórico, com carimbo e identificação da instituição e do responsável pela expedição do documento, à sua perfeita avaliação;

2) O curso deverá estar integralmente concluído para ser pontuado;

3) Os pontos decorrentes da mesma titulação acadêmica não serão cumulativos, ou seja, será considerado apenas um título referente à sua faixa de pontuação, para formação acadêmica.

TÍTULOS REFERENTES EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL					
Experiências Avaliadas	**Comprovação Obrigatória**	**Valor Unitário**	**Total de Pontos**	**Nº Pág.**	**Pontos atribuídos pelo candidato**
Atuação em Instituições Públicas **com atividades equivalentes ao cargo ao qual concorre**.	Cópia do Contrato de Trabalho **e** cópia da Certidão ou Declaração da instituição contratante, conforme estabelece o subitem 9.4.17. do Edital.	0,0025 ponto para cada dia de trabalho.	**5,0 (cinco) pontos**		
Título necessário à habilitação ao cargo.	Certificado de Conclusão do Curso de Ensino Médio (frente e verso) conforme especificado no item 9.4.17.1.)	**Não será pontuado por se tratar de requisito para o cargo.**			-
TOTAL			**5,0 pontos**		

NOTAS:

1) Atuações em estágios, docência, monitorias, bolsas acadêmicas e trabalhos voluntários para qualquer cargo não serão considerados para pontuação em títulos como experiência laboral;

2) Para efeito de pontuação referente à experiência profissional, serão considerados dias de trabalho e não será considerada sobreposição de tempo (realização de trabalhos no mesmo período).

TOTAL GERAL	**10,0 PONTOS**	

FORMULÁRIO DE CONTAGEM DE TEMPO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

(Esse formulário não substitui a apresentação dos documentos comprobatórios estabelecidos no subitem 9.4.17. do Edital)

DADOS DO CANDIDATO

Nº Inscrição: _____

Nome:_____

Cargo ao qual concorre: _____

CONTAGEM DE TEMPO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias

Nome da Instituição: _____

Período trabalhado: ___/_____/_____ a ___/_____/_____

Tempo de Serviço: _____ dias