

Fundação de Apoio da UFRGS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2015

INSCRIÇÃO, ENTREVISTAS E ENTREGA DE TÍTULOS:

LOCAL: Farmácia Popular do Brasil/Farmácia Escola da UFRGS-FAURGS

Av. Ramiro Barcelos, 2500

Telefone: 3308.5726

DIA: 13, 14 e 15/01/2015

HORA: 10h às 12h.

1. DADOS DOS CARGOS			
Cargo	Nº Vagas	Carga horária	Remuneração
1. Auxiliar de Farmácia	02*	6h/dia	1.000,00

*** 01 vaga reservada para a pessoa com deficiência compatível com a função.**

2. PRÉ-REQUISITOS PARA OS CARGOS		
Cargo	Formação	Experiência e competências técnicas
1. Auxiliar de Farmácia	Ensino Médio completo	Atividades em farmácia/drogaria ou áreas afins contemplando as atribuições solicitadas para o cargo.

3. ATRIBUIÇÕES DO CARGO
1. Dar apoio às rotinas de boas práticas farmacêuticas para farmácia/drogaria.
2. Abastecer as prateleiras com medicamentos provenientes do estoque.
3. Auxiliar nas atividades de recepção, organização e conferência de medicamentos
4. Realizar a pré-venda de medicamentos de acordo com as prescrições.
5. Separar medicamentos de acordo com as prescrições.

4. CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	
1. Curriculum Vitae 1.1 Experiência em atendimento ao público - máximo 1 ponto 1.2 Experiência profissional em farmácia/drogaria – máximo 1 ponto 1.3 Experiência como estagiário/bolsista em farmácia/drogaria - máximo 1 ponto	30% (3 pontos)
2. Prova de Títulos 2.1 Curso de auxiliar ou técnico em farmácia (em andamento ou concluído) – máximo 1,0 ponto 2.2 Graduação em Farmácia (em andamento ou concluída) – máximo 1,5 pontos 2.3 Cursos de informática (Excel, Word) (em andamento ou concluído) – máximo 0,5 pontos 2.4 Outros cursos/atividades na área de Farmácia – máximo 0,5 pontos	40% (4 pontos)
3. Entrevista 3.1 Habilidades de Comunicação – máximo 1 ponto 3.2 Conhecimentos sobre atividades em farmácia /drogaria – máximo 2 pontos	30% (3 pontos)

*** O prazo de validade do Processo Seletivo Simplificado será de 01 (um ano).**

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2015



Dados do Candidato	
Nome Completo:	
CPF:	Identidade:
*C.E.I.:	Data Nascimento:
E-mail:	

* (CEI - Cadastro Específico do INSS ou PIS ou PASEP)

Telefones		
Resid.:	Cel.:	*Fax:

* (Opcional)

Endereço Residencial			
Rua/Av.:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP.:	

Cargo Pretendido
() Cargo 01 - Auxiliar de Farmácia

O candidato deseja concorrer à vaga ao cargo nº _____ na condição de pessoa com deficiência?	() Sim	() Não
--	---------	---------

*(Se o candidato desejar concorrer a vaga na condição de pessoa com deficiência, deverá obrigatoriamente preencher e entregar o formulário do Anexo II).

