

Cronograma de Atividades

Processo Seletivo Simplificado – Edital 06/2016

CRONOGRAMA	
ATIVIDADE	DATAS
Publicação de Extrato de Abertura de Inscrições	25/11/2016
Período de Inscrições, Entrega de Títulos e de <i>Curriculum Vitae</i>	28/11/2016 a 03/12/2016
Análise dos Currículos pela Coordenação do Curso	05/12/2016 a 09/12/2016
Divulgação dos candidatos selecionados para entrevista	10/12/2016
Período de Realização de Entrevista	12/12/2016
Divulgação de Resultado Final do Processo Seletivo Simplificado	14/12/2016

Fundação de Apoio da UFRGS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 06/2016

INSCRIÇÃO: A inscrição será realizada pelo site www.ufrgs.br/farmaceuticosabemrede , na subseção :
"Seleção de Assessores de Conteúdo Especiais"

ENTREVISTAS E ENTREGA DE TÍTULOS: Os Títulos devem ser enviados pelo e-mail aps-far@ufrgs.br e as entrevistas ocorrerão por webconferência, que será divulgado aos candidatos pelos seus e-mails pessoais

1. DADOS DO CARGO		
Cargo	Nº Vagas	Remuneração
1. Assessor de Conteúdo Especial em Saúde Indígena*	Até 7(sete)	R\$ 5.842,96**

*= Uma vaga será destinada a Portadores de Necessidades Especiais

**= Valor total a ser recebido durante a execução das tarefas associadas ao cargo.

2. PRÉ-REQUISITOS PARA O CARGO

Cargo	Formação	Experiência e competências técnicas
1. Assessor de Conteúdo Especial	Graduação em Farmácia	Experiência em Atuação na Assistência Farmacêutica do Subsistema de Saúde Indígena de pelo menos 1,5 anos

3. ATRIBUIÇÕES DO CARGO

1. Assessoria técnica na identificação, planejamento de conteúdos específicos para a Saúde Indígena, e avaliação de conteúdos e atividades produzidos para o Curso Farmacêuticos na APS: Trabalhando em Rede na Saúde Indígena;

4. CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO *

1. <i>Curriculum Vitae</i> 1.1 Anos de experiência na Saúde Indígena – 1 ponto por ano 1.2 Anos de experiência na Assistência Farmacêutica – 0,5 ponto por ano	30% (3 pontos)
2. Prova de Títulos 2.1 Pós-graduação <i>latu sensu</i> ou residência relacionada a Assistência Farmacêutica concluída – 3 pontos; 2.2 Pós-graduação <i>strictu sensu</i> relacionada a Assistência Farmacêutica concluída – 4 pontos 2.3 Curso Farmacêuticos na APS: Trabalhando em Rede Concluído– 3 pontos 2.4 Publicações na área de Saúde Indígena – 0,5 ponto por publicação – máximo 1 ponto	40% (4 pontos)
3. Entrevista 3.1 Habilidades de Comunicação– 1,5 pontos 3.2 Conhecimentos sobre Saúde Indígena– 1,5 pontos	30% (3 pontos)

* É obrigatório ter 1,5 anos de experiência em Saúde Indígena para concorrer ao cargo.

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

* Além dos documentos comprobatórios, é obrigatório o envio de documento de identidade civil válido, com foto, CPF, Comprovante de endereço no nome do candidato ou com declaração de próprio punho do proprietário do imóvel atestando residência e diploma de graduação em curso de Farmácia, expedido por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou Conselho Estadual de Educação.

* Somente serão selecionados para a entrevista os candidatos que somarem 5 (cinco) pontos na Análise de *Curriculum Vitae* e Prova de Títulos

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 06/2016



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 - Assessor de Conteúdo Especial em Saúde Indígena

ANEXO II
REQUERIMENTO ESPECÍFICO PARA INSCRIÇÃO DE CANDIDATO NA CONDIÇÃO DE PESSOA
COM DEFICIÊNCIA
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 06/2016

Nome _____ Completo _____ do _____ Candidato: _____
vem **REQUERER** sua inscrição como **CANDIDATO NA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentando o LAUDO MÉDICO original com CID (informar os dados abaixo, com base no laudo):

a) Tipo de deficiência:

b) Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID:

c) Nome do médico responsável pelo laudo:

OBS.: É obrigatório anexar LAUDO MÉDICO original com CID, junto a este requerimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__. Ciente e de acordo.	
_____ Assinatura do candidato	
Total de folhas recebidas: _____	
_____ Assinatura do recebedor	<i>Carimbo</i>