



EDITAL Nº 037/SEMAD/2019

O **Secretário Municipal de Administração** em conjunto com a **Secretária Municipal de Saúde** da Prefeitura do Município de Porto Velho, no uso de suas atribuições legais, conforme o Art. 4º inciso XII, alínea “b” c/c inciso XXII, do Decreto 15.715, publicado no D.O.M.E.R nº 2.405 de 26/02/2019, resolve:

ALTERAR os itens 8.2, 8.3, 9.1 e Anexos III, IV, V e VI previstos no Edital nº 36/SEMAD/2019, publicado no D.O.M.E.R nº 2.591 de 20/11/2019, conforme Ofício nº 4987/GAB/SEMUSA de 21/11/2019:

ONDE SE LÊ:

8.2 PARA OS CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR:

a) MÉDICO CLINICO GERAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Residência Médica/ Título de Especialista	Certificado de Conclusão de Residência Médica ou Certificação de Títulos de Especialista na área Pretendida (ConvênioCFM/AMB/CNRM)	15 (quinze) pontos.	15 (quinze) pontos.
2. Curso <i>stricto sensu</i> , (Doutorado)na área de saúde	Diploma ou Certificado de Conclusão de Doutorado na área da saúde, em instituição reconhecida pelo MEC.	12 (doze) pontos Máximo 1 (um) curso.	12 (doze) pontos.
3. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado)na área de saúde	Diploma ou Certificado de Conclusão de Mestrado na área da saúde, em instituição reconhecida pelo MEC.	Máximo 03 (três) curso. 03(três) pontos para cada curso.	09 (nove) pontos.
4. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós Graduação)	Certificação de Conclusão de Especialista na área pretendida (360h)	Máximo 03 (três) curso. 02(dois) pontos para cada curso.	06(seis)pontos.

5. Outros Cursos	Certificado de Conclusão de Cursos relacionados com a área pretendida (ATLS, BLS, APH, ACLS, PHTLS, FCCS, VENUTI, Monitorização Hemodinâmica, ECOTIN, CITIN, SEPSE, TENUTI e transportes aeromédico).	Máximo 5 (cinco) cursos. 01(um) ponto para cada curso.	05(cinco) pontos
6. Tempo de Serviço	Tempo de serviço como Médico no serviço público ou privado. Para efeitos de comprovação, apresentar declaração do serviço atestada pelo médico diretor técnico.	1 (um) ponto para cada seis meses de atuação, podendo ser acumulativo. Máximo de 03 (três) períodos	03 (três) pontos
TOTAL			50 (cinquenta pontos)

b) ENFERMEIRO, ODONTÓLOGO e TERAPEUTA OCUPACIONAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Residência uni ou multi na área da saúde	Especialista em Residência Multi na área da Saúde	15 (quinze) pontos	15 (quinze) pontos
2. Curso <i>stricto sensu</i> , (Doutorado)na área de saúde	Doutorado na área da saúde	12 (doze) pontos	12 (doze) pontos
3. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado)na área de saúde	Mestrado na área da saúde	09 (nove) pontos	09 (nove) pontos.
4. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós-Graduação)	Curso de Pós-Graduação com a carga horária mínima de 360 horas, na área de saúde.	02 (dois) pontos para cada curso. Máximo 3 (três) cursos.	06 (seis) pontos.
5. Outros Cursos	Certificado ou Declaração de Conclusão de Cursos na área pretendida.	01 (um)ponto para cada curso. Máximo 05 (cinco) pontos.	05(cinco) pontos.
6. Experiência Profissional	Comprovada em: 1-Órgão público (Poder Federal, Estadual e Municipal) - documento expedido pelos três poderes, em papel timbrado, com carinho do órgão	01 (um)ponto para cada experiência comprovada no	03 (três) pontos.

	<p>expedidor, datado e assinado pelo Departamento Pessoal;</p> <p>2. Empresa privada - cópia da carteira de trabalho, com os devidos assentamentos;</p> <p>3. Prestação de Serviço - cópia do contrato de prestação de serviço e declaração da empresa ou setor onde atua ou atuou, em papel timbrado e com carimbo do CNPJ, datado e assinatura do responsável pela emissão da declaração.</p>	<p>mínimo 06 (seis) meses. Máximo 03 (três)</p>	
TOTAL			50 (cinquenta) pontos

c) MÉDICO VETERINÁRIO:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Graduação em Medicina Veterinária	Diploma de graduação em Medicina Veterinária em instituição reconhecida pelo MEC	30 (trinta) pontos	30 (trinta) pontos.
2. Curso <i>stricto sensu</i> , (Doutorado) na área de Medicina veterinária	Diploma ou Certificado de Conclusão de Doutorado na área de Medicina Veterinária, em instituição reconhecida pelo MEC.	03 (três) pontos.	03 (três) pontos
3. Curso <i>stricto sensu</i> , (Mestrado) na área de medicina Veterinária	Diploma ou Certificado de Conclusão de Mestrado na área da Medicina veterinária em instituição reconhecida pelo MEC.	03 (três) pontos Máximo 1 (um) curso.	03 (três) pontos.
4. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) Título de Especialista	Certificado de Títulos de Especialista dentro da área Pretendida.	03 (três) pontos Máximo 1 (um) curso.	03 (três) pontos
5. Outros Cursos	Certificado de Conclusão dos Cursos: Inspeção Sanitária de Produtos de Origem Animal; Manuais de BPF (Boas Práticas de Fabricação); PPHO (Procedimento Padrão Higiênico Operacional); POP (Procedimento Operacional Padrão); Análises de rotulagem.	02 (dois) pontos para cada curso. Máximo 3 (três) cursos.	06 (seis) pontos

6. Tempo de Serviço	Tempo de serviço como Médico Veterinário no serviço público ou privado, na área de inspeção de produtos de origem animal. Para efeitos de comprovação, apresentar comprovação legal do serviço prestado.	1 (um) ponto para cada seis meses de atuação, podendo ser acumulativo. Máximo de 05 (cinco) períodos	05 (cinco) pontos
TOTAL			50 (cinquenta pontos)

8.3 PARA OS CARGOS DE NÍVEL MÉDIO:

a) TÉCNICO EM ENFERMAGEM e TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Curso Técnico	Certificado de Curso Técnico fornecido por instituição reconhecida pelos órgãos normativos e registro no Conselho de Classe	20 (vinte) pontos	20 (vinte) pontos
2. Outros Cursos	Declaração ou Certificado de outros cursos ou treinamentos na área pretendida.,concluídos nos últimos 5 anos.	16 horas – 2,0 20 horas - 2,5 40 horas - 3.0 60 horas -3.5 80 horas - 4,0	15 (quinze) pontos
3. Tempo de Serviço	Experiência no cargo pretendido no mínimo 01 (um) ano	Cada experiência comprovada vale 5 (cinco) pontos. Máximo três	15 (quinze) pontos
TOTAL			50 (Cinquenta) pontos

b) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Curso de Formação	Certificado de Curso de Formação inicial e Continuada (400) horas.	20 (vinte) pontos	20 (vinte) pontos
2. Outros Cursos	Declaração ou Certificado de outros cursos ou treinamentos na área pretendida.,concluídos nos últimos 5 anos.	16 horas – 2,0 20 horas- 2,5 40 horas- 3.0 60 horas-3.5 80 horas-4,0	15 (quinze) pontos

3. Tempo de Serviço	Experiencia no cargo pretendido no mínimo 01 (um) ano	Cada experiência comprovada vale 5 (cinco) pontos. Máximo três	15 (quinze) pontos
TOTAL			50 (Cinquenta) pontos

9. DA CLASSIFICAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO:

9.1 Para ser considerado aprovado o candidato deverá obter a pontuação mínima de 30 (trinta) pontos, correspondentes ao requisito básico.

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (TÉCNICO EM ENFERMAGEM, TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019
INSCRIÇÃO Nº _____

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____, CPF: _____

RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____

LOCALIDADE/VAGA: _____

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.

ENDEREÇO: (<i>Rua</i>) _____		Nº _____
BAIRRO: _____	MUNICÍPIO: _____	UF: _____
E-MAIL: _____		TELEFONE: _____

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Médio. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.

2. Cursos Específicos	Comprovante de Curso Técnico na Área.	Máximo 1(um) curso.
3. Comprovante de outros Cursos ou treinamento na área pretendida de 16h, 20h, 40h, 60h e 80h.	Máximo 3 (três) cursos.	
4. Experiência no cargo pretendido no mínimo 01 ano	Máximo 3(três) comprovações.	

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial)*

NOME DO CANDIDATO <i>(Letra de forma)</i> _____		
_____ INSCRIÇÃO N. _____		
CARGO _____ CARGA HORÁRIA: _____		
OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____		
DOCUMENTOS ENTREGUES <i>(assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues)</i>		
Requisito 1 () Comprovante de Conclusão de Escolaridade de Nível Médio.		
Requisito 2 () Comprovante de Curso Técnico na Área da Saúde.		
Requisito 3 () Comprovante de Outros Cursos na área pretendida.		
Requisito 4 () Experiencia no cargo pretendido.		
Em: _____ / _____ / _____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável:

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (ENFERMEIRO, ODONTÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019 INSCRIÇÃO Nº _____
--

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____, CPF: _____

RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____

LOCALIDADE/VAGA: _____

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.

ENDEREÇO: (<i>Rua</i>) _____		Nº _____
BAIRRO: _____	MUNICÍPIO: _____	UF: _____
E-MAIL: _____		TELEFONE: _____

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Superior na área. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Residência Multi ou UNI.	Certificado em Residência Multi na Área da Saúde	Máximo 1 (um) curso.
3. Curso de <i>stricto sensu</i> , (Doutorado) na área de saúde.	Comprovante de Curso de Doutorado na Área de Saúde.	Máximo 1(um) curso.
4. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na área da saúde	Comprovante de Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na Área de Saúde.	
5. Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação).	Comprovante de Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) na Área de Saúde.	
6. Outros Cursos	Certificado ou Declaração de Conclusão de Cursos na área da saúde	
7. Experiência profissional	Comprovante de Experiência na área (Órgão Público; Empresa Privada; Prestação de Serviço.)	

COMPROVANTE DO CANDIDATO (*entrega presencial*)

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____ INSCRIÇÃO N. _____

CARGO _____

CARGA HORÁRIA: _____

OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES (*assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues*)

Requisito 1 () Comprovante de Escolaridade de nível Superior na Área

Requisito 2 () Comprovante de Curso de Residência uni ou Multi na Área de Saúde

Requisito 3 () Comprovante de Curso stricto sensu(Doutorado)na Área de Saúde

Requisito 4 ()Comprovante de Curso stricto sensu(Mestrado)na Área de Saúde

Requisito 5 () Comprovante de Curso lato sensu (Pós Graduação) na Área de Saúde

Requisito 6 () Outros Cursos na Área de Saúde

Requisito 7 () Experiência Profissional

Em: _____ / _____ / _____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável:
---	--------------------------	-------------------------

ANEXO V

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (MEDICO)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019 _____ INSCRIÇÃO N. _____
--

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____, CPF: _____

RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____

LOCALIDADE/VAGA: _____

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.

ENDEREÇO: (<i>Rua</i>) _____	Nº _____
BAIRRO: _____	MUNICÍPIO: _____ UF: _____
E-MAIL: _____	TELEFONE: _____

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Superior na área. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Residência Médica/Especialista	Certificado de Conclusão de Residência Médica.	
3. Curso de Doutorado na Área da Saúde	Diploma ou Certificado de Doutorado na Área da Saúde.	Máximo 1(um) curso
4. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na Área da Saúde	Diploma ou Certificado de Mestrado na Área da Saúde. Máximo 3 (três) cursos.	
5. Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação)	Curso Especialista 360 h. Máximo 3(três) cursos.	
6. Outros Cursos na Área da Saúde	Certificados relacionados na área pretendida Máximo 5 (cinco) cursos.	
7. Tempo de Serviço	Serviço prestado como Médico em Órgão Público, Privado ou Prestação de Serviço. Máximo 03 (três).	

COMPROVANTE DO CANDIDATO (*entrega presencial*)

NOME DO CANDIDATO (<i>Letra de forma</i>) _____		
_____ INSCRIÇÃO N. _____		
CARGO _____ CARGA HORÁRIA: _____		
OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____		
DOCUMENTOS ENTREGUES (<i>assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues</i>)		
Requisito 1 () Comprovante de Conclusão do Curso de Nível Superior na Área.		
Requisito 2 () Comprovante de conclusão de Residência Médica na Área.		
Requisito 3 () Comprovante de Curso <i>stricto sensu</i> (Doutorado) na Área de Saúde.		
Requisito 4 () Comprovante de Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na Área da Saúde.		
Requisito 5 () Comprovante do Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) na Área da Saúde		
Requisito 6 () Comprovante de outros Cursos na Área pretendida.		
Requisito 7 () Experiência comprovada prestada como médico (tempo de Serviço).		
OBSERVAÇÕES: (<i>espaço reservado às anotações da Comissão</i>)		
Em: _____ / _____ / _____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável SEMUSA:

ANEXO VI
FORMULÁRIO PARA RECURSO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O CARGO DE _____

Número de Inscrição: _____

NOME DO CANDIDATO _____

CARGO: _____

OPÇÃO DE VAGA/LOCALIDADE: _____

1. () Comprovante de Conclusão do Curso _____

2. () Comprovante de Curso _____

3. () Comprovante de Curso _____

4. () Comprovante de Curso _____

Argumento com fundamentação para o Item 1:

Argumento com fundamentação para o Item 2:

Argumento com fundamentação para o Item 3:

Argumento com fundamentação para o Item 4:

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial na Coordenadoria)*

NOME DO CANDIDATO _____

CARGO: _____

OPÇÃO DE VAGA/LOCALIDADE: _____

OBSERVAÇÕES: *(espaço reservado as anotações da Comissão)*

Em: ____/____/____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável SEMUSA:
----------------------------------	--------------------------	--------------------------------

LEIA-SE:

8.2 PARA OS CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR:

a) MÉDICO CLINICO GERAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Residência Médica/ Título de Especialista	Certificado de Conclusão de Residência Médica ou Certificação de Títulos de Especialista na área Pretendida (ConvênioCFM/AMB/CNRM)	13 (treze) pontos.	13 (treze) pontos.
2. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado)na área de saúde.	Diploma ou Certificado de Conclusão de Mestrado na área da saúde, em instituição reconhecida pelo MEC.	Máximo 03 (três) curso. 04(quatro) pontos para cada curso.	12 (doze) pontos.
3. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós Graduação)	Certificação de Conclusão de Especialista na área pretendida (360h)	Máximo 03 (três) curso. 03(três) pontos para cada curso.	09 (nove)pontos.
4. Outros Cursos	Certificado de Conclusão de Cursos relacionados com a área pretendida (ATLS, BLS, APH, ACLS, PHTLS, FCCS, VENUTI, Monitorização Hemodinâmica, ECOTIN, CITIN, SEPSE, TENUTI e transportes aeromédico).	Máximo 5 (cinco) cursos. 02(dois) ponto para cada curso.	10 (dez) pontos
5. Tempo de Serviço	Tempo de serviço como Médico no serviço público ou privado. Para efeitos de comprovação, apresentar declaração do serviço atestada pelo médico diretor técnico.	2 (dois) ponto para cada seis meses de atuação, podendo ser acumulativo. Máximo de 03 (três) períodos	06 (seis) pontos
TOTAL			50 (cinquenta pontos)

b) ENFERMEIRO, ODONTÓLOGO e TERAPEUTA OCUPACIONAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Residência uni ou multi na área da saúde	Especialista em Residência Multi na área da Saúde	13 (treze) pontos	13 (treze) pontos
2. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na área de saúde	Mestrado na área da saúde	12 (doze) pontos	12 (doze) pontos.
3. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós-Graduação)	Curso de Pós-Graduação com a carga horaria mínima de 360 horas, na área de saúde.	03 (tres) pontos para cada curso. Máximo 3 (três) cursos.	09 (nove) pontos.
4. Outros Cursos	Certificado ou Declaração de Conclusão de Cursos na área pretendida.	02 (dois) pontos para cada curso. Máximo 05 (cinco) pontos.	10 (dez) pontos.
5. Experiência Profissional	Comprovada em: 1-Órgão público (Poder Federal, Estadual e Municipal) - documento expedido pelos três poderes, em papel timbrado, com carinho do órgão expedidor, datado e assinado pelo Departamento Pessoal; 2. Empresa privada - cópia da carteira de trabalho, com os devidos assentamentos; 3. Prestação de Serviço - cópia do contrato de prestação de serviço e declaração da empresa ou setor onde atua ou atuou, em papel timbrado e com carimbo do CNPJ, datado e assinatura do responsável pela emissão da declaração.	02 (dois) pontos para cada experiência comprovada de no mínimo 06 (seis) meses. Máximo 03 (três)	06 (seis) pontos.
TOTAL			50 (cinquenta) pontos

c) MÉDICO VETERINÁRIO:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA

1. Cursos <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) Título de Especialista	Certificado de Títulos de Especialista dentro da área Pretendida.	20 (vinte) pontos Máximo 1 (um) curso.	20 (vinte) pontos
2. Outros Cursos	Certificado de Conclusão dos Cursos: Inspeção Sanitária de Produtos de Origem Animal; Manuais de BPF (Boas Práticas de Fabricação); PPHO (Procedimento Padrão Higiênico Operacional); POP (Procedimento Operacional Padrão); Análises de rotulagem.	05 (cinco) pontos para cada curso. Máximo 3 (três) cursos.	15 (quinze) pontos
3. Tempo de Serviço	Tempo de serviço como Médico Veterinário no serviço público ou privado. Para efeitos de comprovação, apresentar comprovação legal do serviço prestado.	5 (cinco) ponto para cada seis meses de atuação, podendo ser acumulativo. Máximo de 03 (tres) períodos	15 (quinze) pontos
TOTAL			50 (cinquenta pontos)

8.3 PARA OS CARGOS DE NÍVEL MÉDIO:

a) TÉCNICO EM ENFERMAGEM e TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1. Curso Técnico	Certificado de Curso Técnico fornecido por instituição reconhecida pelos órgão normativos e registro no Conselho de Classe	20 (vinte) pontos	20 (vinte) pontos
2. Outros Cursos	Declaração ou Certificado de outros cursos ou treinamentos na área pretendida, concluídos nos últimos 5 (cinco) anos.	16 até 19 horas – 2,0 20 até 39 horas - 4,5 40 até 59 horas – 7,5 60 até 79 horas - 11 Superior 80 horas - 15	15 (quinze) pontos
3. Tempo de Serviço	Experiência no cargo pretendido no mínimo 01 (um) ano	Cada experiência comprovada vale 5 (cinco) pontos. Máximo três	15 (quinze) pontos
TOTAL			50 (Cinquenta) pontos

b) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
REQUISITO	TÍTULOS	PONTOS UNITÁRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA

1. Curso de Formação	Certificado de Curso de Formação inicial e Continuada (400) horas.	20 (vinte) pontos	20 (vinte) pontos
2. Outros Cursos	Declaração ou Certificado de outros cursos ou treinamentos na área pretendida.,concluídos nos últimos 5 anos.	16 até 19 horas – 2,0 20 até 39 horas - 4,5 40 até 59 horas – 7,5 60 até 79 horas - 11 Superior 80 horas - 15	15 (quinze) pontos
3. Tempo de Serviço	Experiencia no cargo pretendido no mínimo01 (um) ano	Cada experiência comprovada vale 5 (cinco) pontos. Máximo três	15 (quinze) pontos
TOTAL			50 (Cinquenta) pontos

9. DA CLASSIFICAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO:

9.1 Para ser considerado aprovado o candidato deverá obter a pontuação mínima de 25 (vinte e cinco) pontos, correspondentes ao requisito básico

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (TÉCNICO EM ENFERMAGEM, TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019
INSCRIÇÃO N° _____

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____, CPF: _____

RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____

LOCALIDADE/VAGA: _____

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.

ENDEREÇO: (Rua)		Nº
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE:

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Médio. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Cursos Específicos	Comprovante de Curso Técnico na Área.	Máximo 1(um) curso.
3. Comprovante de outros Cursos ou treinamento na área pretendida de 16h, 20h, 40h, 60h e 80h.	--	
4. Experiência no cargo pretendido no mínimo 01 ano		Máximo 3(três) comprovações.

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial)*

NOME DO CANDIDATO *(Letra de forma)* _____

_____ INSCRIÇÃO N. _____

CARGO _____ CARGA HORÁRIA: _____

OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES *(assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues)*

Requisito 1 () Comprovante de Conclusão de Escolaridade de Nível Médio.

Requisito 2 () Comprovante de Curso Técnico na Área da Saúde.

Requisito 3 () Comprovante de Outros Cursos na área pretendida.

Requisito 4 () Experiencia no cargo pretendido.

Em: ____/____/____

Local Data

Assinatura do candidato:

Assinatura Responsável:

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (ENFERMEIRO, ODONTÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019
INSCRIÇÃO Nº _____

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.

NOME DO CANDIDATO (*Letra de forma*) _____

_____, CPF: _____

RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DT. DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____

LOCALIDADE/VAGA: _____

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.

ENDEREÇO: (*Rua*) _____

Nº _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

UF: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE: _____

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Superior na área. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Residência Multi ou UNI.	Certificado em Residencia Multi na Área da Saúde	Máximo 1 (um) curso.
3. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na área da saúde	Comprovante de Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na Área de Saúde.	
4. Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação).	Comprovante de Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) na Área de Saúde.	

5. Outros Cursos	Certificado ou Declaração de Conclusão de Cursos na área da saúde
6.Experiência profissional	Comprovante de Experiência na área (Órgão Público; Empresa Privada; Prestação de Serviço.)

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial)*

NOME DO CANDIDATO <i>(Letra de forma)</i> _____		
_____ INSCRIÇÃO N. _____		
CARGO _____ CARGA HORÁRIA: _____		
OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____		
DOCUMENTOS ENTREGUES <i>(assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues)</i>		
Requisito 1 () Comprovante de Escolaridade de nível Superior na Área		
Requisito 2 () Comprovante de Curso de Residência uni ou Multi na Área de Saúde		
Requisito 3 () Comprovante de Curso stricto sensu(Mestrado)na Área de Saúde		
Requisito 4 () Comprovante de Curso lato sensu (Pós Graduação) na Área de Saúde		
Requisito 5 () Outros Cursos na Área de Saúde		
Requisito 6 () Experiência Profissional		
Em: _____ / _____ / _____	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável:
Local Data		

ANEXO V

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (MEDICO)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019 _____
_____ INSCRIÇÃO N. _____

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.
NOME DO CANDIDATO <i>(Letra de forma)</i> _____
_____, CPF: _____
RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____
DT. DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

VAGA/HABILITAÇÃO: _____	
LOCALIDADE/VAGA: _____	
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.	
ENDEREÇO: (Rua)	Nº
BAIRRO:	MUNICÍPIO: UF:
E-MAIL:	TELEFONE:

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Escolaridade	Certificado de Conclusão do Ensino Superior na área. Obs.: O Histórico Escolar só é obrigatório para os candidatos que apresentarem declaração de conclusão de curso.	Máximo 1 (um) curso.
2. Residência Médica/Especialista	Certificado de Conclusão de Residência Médica/Especialista.	--
3. Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado) na Área da Saúde	Diploma ou Certificado de Mestrado na Área da Saúde. Máximo 3 (três) cursos.	
4. Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação)	Curso Especialista 360 h. Máximo 3(três) cursos.	
5. Outros Cursos na Área da Saúde	Certificados relacionados na área pretendida Máximo 5 (cinco) cursos.	
6. Tempo de Serviço	Serviço prestado como Médico em Órgão Público, Privado ou Prestação de Serviço. Máximo 03 (três).	

COMPROVANTE DO CANDIDATO (*entrega presencial*)

NOME DO CANDIDATO (<i>Letra de forma</i>) _____
_____ INSCRIÇÃO N. _____
CARGO _____ CARGA HORÁRIA: _____
OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____
DOCUMENTOS ENTREGUES (<i>assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao quantitativo de títulos entregues</i>)
Requisito 1 () Comprovante de Conclusão do Curso de Nível Superior na Área.
Requisito 2 () Comprovante de conclusão de Residência Médica na Área ou Especialidade.
Requisito 3 () Comprovante de Curso <i>stricto sensu</i> (Mestrado)na Área da Saúde.
Requisito 4 () Comprovante do Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação) na Área da Saúde
Requisito 5 () Comprovante de outros Cursos na Área pretendida.
Requisito 6 () Experiencia comprovada prestada como médico (tempo de Serviço).

OBSERVAÇÕES: <i>(espaço reservado às anotações da Comissão)</i>		
Em: ____/____/____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável SEMUSA:

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE TÍTULOS (MEDICO VETERINÁRIO)

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/SEMUSA/2019 _____
INSCRIÇÃO N. _____

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado da SEMUSA de Porto Velho.		
NOME DO CANDIDATO <i>(Letra de forma)</i> _____		
_____, CPF: _____		
RG. _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____		
DT. DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____		
ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____		
VAGA/HABILITAÇÃO: _____		
LOCALIDADE/VAGA: _____		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () SIM; () NÃO.		
ENDEREÇO: <i>(Rua)</i>		Nº
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE:

Requisitos	Habilitação	Quantidade de Títulos
1. Curso <i>lato sensu</i> (Pós Graduação)	Diploma de Especialista 360 h. (maximo 01 curso)	
2. Outros Cursos na Área da Saúde	Certificados relacionados na área pretendida Máximo 3 (tres) cursos.	
3. Tempo de Serviço	Serviço prestado como Médico Veterinário em Órgão Publico, Privado ou Prestação de Serviço. Máximo 03 (três) periodos.	

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial)*

NOME DO CANDIDATO <i>(Letra de forma)</i> _____	
INSCRIÇÃO N. _____	
CARGO _____	CARGA HORÁRIA: _____
OPÇÃO DE LOTAÇÃO/LOCALIDADE: _____	
DOCUMENTOS ENTREGUES <i>(assinalar os campos abaixo com o número correspondente ao</i>	

quantitativo de títulos entregues)

Requisito 1 () Comprovante do Curso lato sensu (Pós Graduação) na Área Pretendida

Requisito 2 () Comprovante de outros Cursos na Área pretendida.

Requisito () Experiencia comprovada prestada como médico Veterinário (tempo de Serviço).

OBSERVAÇÕES: *(espaço reservado às anotações da Comissão)*

Em: _____ / _____ / _____ Local Data	Assinatura do candidato:	Assinatura Responsável SEMUSA:
---	--------------------------	--------------------------------

ANEXO VI
FORMULÁRIO PARA RECURSO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O CARGO DE _____
Número de Inscrição: _____

NOME DO CANDIDATO _____
CARGO: _____
OPÇÃO DE VAGA/LOCALIDADE: _____

1. () Comprovante de Conclusão do Curso _____
2. () Comprovante de Curso _____
3. () Comprovante de Curso _____
4. () Comprovante de Curso _____

Argumento com fundamentação para o Item 1:

Argumento com fundamentação para o Item 2:

Argumento com fundamentação para o Item 3:

Argumento com fundamentação para o Item 4:

COMPROVANTE DO CANDIDATO *(entrega presencial na Coordenadoria)*

NOME DO CANDIDATO _____

CARGO: _____

OPÇÃO DE VAGA/LOCALIDADE: _____

OBSERVAÇÕES: *(espaço reservado as anotações da Comissão)*

Em: ____/____/____

Local Data

Assinatura do candidato:

Assinatura Responsável SEMUSA:

Porto Velho/RO, 21 de Novembro de 2019.

ALEXEY DA CUNHA OLIVEIRA
Secretário Municipal de Administração

ELIANA PASINI
Secretária Municipal de Saúde