



**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE PORTO BELO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONCURSO PÚBLICO – ESF – EDITAL Nº 001/2019**

ANEXO III – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PROVA DE TÍTULOS – NÍVEL SUPERIOR

Nome do Candidato:	
Cargo:	Nº Inscrição:

Especificações	Valor Máximo	Assinale os documentos entregues.	Pontuação (para uso exclusivo da Banca).
	Valor Unitário		
a) Diploma, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, em nível de Doutorado (título de Doutor) na área de saúde.	12		
b) Diploma, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, em nível de Mestrado (título de Mestre) na área de saúde.	08		
c) Diploma, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, em nível de Especialização lato sensu com carga horária mínima de 360 horas aula, na área de saúde.	06		
	03/por curso		
d) Certificado de Conclusão de Residência na área de Saúde da Família e Comunidade e Saúde Pública.	06		
e) Certificado de curso de atualização na área da saúde com carga horária mínima de 40 horas realizado nos últimos 5 anos.	04		
	01/por curso		
f) Exercício profissional na área de saúde prestado em ambulatório, clínica, hospital e/ou autônomo.	04		
	01/por ano		
Pontuação Máxima de títulos: 40 (quarenta) pontos	TOTAL DE PONTOS =>		

Quantidade de Folhas Anexadas: _____ (indique o nº de documentos comprobatórios que está anexando além deste formulário de avaliação)

Declaro, para os fins de direito, que os documentos **apresentados são fiéis e verdadeiros** e se referem à minha pessoa, estou ciente que poderei, a qualquer tempo, ser convocado a apresentar os originais destes documentos ou outros que comprovem a veracidade dos títulos apresentados, e que ocorrendo qualquer divergência entre o documento apresentado e o original, **serei excluído deste Concurso Público**, sem prejuízo das demais sanções legais.

E por ser expressão da verdade, firmo o presente documento,

Porto Belo (SC), ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato