

ANEXO II – NÍVEL 3
EDITAL 003/2025 - IPGSE
POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE - QUIRINÓPOLIS

ANÁLISE CURRICULAR – COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS E EXPERIÊNCIAS				
CANDIDATO:		Data: ____/____/____		
CPF:		Nº da Vaga:		
CARGO:		CIDADE:		
* Requisitos: Conforme descrito no Anexo I ** O candidato que não apresentar comprovante que atenda aos requisitos exigidos não terá seu currículo analisado e estará eliminado.				
PARÂMETRO PARA ANÁLISE CURRICULAR				
ÍTEM	Título/Experiência	Quantidade máxima de títulos	Pontos por título	Pontuação Máxima
A	Doutorado, no país ou no exterior, na área de atuação escolhida. *.	1	10	
B	Mestrado, no país ou no exterior, na área de atuação escolhida. *.	1	9,0	
C	Certificado de Especialista reconhecido pelo MEC – carga horária mínima 360h*.	1	8,0	
D	Diploma de Graduação (Bacharel, Licenciatura ou Tecnológico) de conclusão de curso na área de atuação escolhido. *	1	7,0	
E	Experiências profissionais idênticas	10	5,0	
F	Registro do Conselho de Classe (Carteira de Identificação) e Comprovante de Pagamento da anuidade	2	3,0	
G	Cursos de capacitação na área em que deseja atuar, obtido nos últimos cinco anos, a contar, da data de publicação deste edital. (Carga horária mínima de 30h para cada certificado apresentado)	2	5	
TOTAL				

A experiência exigida deverá ser comprovada com datas de início e fim, cargo e/ou função, através da apresentação da cópia da CTPS devidamente assinada e/ou declarações firmadas pelo responsável da Instituição, em papel timbrado onde se identifique o CNPJ endereço e telefone de contato da empresa.

* Os cargos de Enfermagem devem entregar e/ou anexar o Registro do Conselho e Comprovante de pagamento da anuidade do Conselho de Classe no ato da inscrição.

** Todos os cursos de graduação e especialização devem ser reconhecidos pelo MEC.

*** As experiências apresentadas serão classificadas de 06(seis) em 06 (seis) meses, obtendo o peso máximo, conforme tabela acima.

**** Serão eliminados os candidatos que obtiverem pontuação inferior a 10 (dez pontos) na análise curricular

Assinatura do Avaliador: _____