|  |
| --- |
| **Anexo 1**  **FORMULÁRIO DE ANÁLISE CURRICULAR**  **Prova de Título de Especialista em Farmácia Clínica**  **(Este formulário deverá ser digitado, impresso, assinado pelo candidato e enviado com os comprovantes autenticados para a sede da Sbrafh Nacional).** |
| **NOME DO CANDIDATO:** |
| **CPF:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 1 (FORMAÇÃO ACADÊMICA)** | | |
| 1. Doutorado na área de Assistência Farmacêutica, Farmacologia, Farmácia Clínica ou Ciências da Saúde, em que o projeto tenha relação com a Farmácia Clínica, em curso reconhecido pela CAPES e MEC com cópia do certificado autenticado (3,0 pontos); 2. Doutorado em outras áreas que não as citadas acima (2,0 pontos) 3. Mestrado na área de Assistência Farmacêutica, Farmacologia, Farmácia Clínica ou Ciências da Saúde, em que o projeto tenha relação com a Farmácia Clínica, em curso reconhecido pela CAPES e MEC com cópia do certificado autenticado (2,5 pontos); 4. Mestrado em outras áreas não citadas acima (1,5 pontos) 5. Residência na área de Assistência Farmacêutica ou Multiprofissional, com disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, em curso reconhecido pelo MEC com cópia do certificado autenticado (2,0 pontos); 6. Especialização *lato-sensu* ou profissionalizante, com disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, em curso chancelado pela Sbrafh com cópia do certificado autenticado (e assinatura aposta do presidente da Sbrafh, comprovando a chancela da Sbrafh) (2,0 pontos); 7. Especialização *lato-sensu* ou profissionalizante, com disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica em curso não chancelado pela Sbrafh com cópia do certificado autenticado (1,5 pontos) | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 4,0 pontos** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 2 (CAPACITAÇÃO)** | | |
| 1. Participação em cursos de atualização, promovidos ou chancelados pela Sbrafh (com assinatura aposta da presidente da Sbrafh no certificado), durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, listados em ordem cronológica e autenticados (0,1 ponto por curso); 2. Participação de cursos de atualização de no mínimo 4 horas não promovidos pela Sbrafh durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, listados em ordem cronológica e autenticados (valor 0,05 por curso). | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 1,0 ponto** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 3 (ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA)** | | |
| 1. Participação em congressos, relacionados à farmácia clínica, promovido pela Sbrafh nacional, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,25 ponto cada). 2. Participação em jornadas, seminários, simpósios e eventos relacionados à farmácia clínica, promovido pela Sbrafh nacional ou regionais, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,15 ponto cada). 3. Participação em congressos, relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,2 ponto cada); 4. Participação em jornadas, seminários, simpósios e eventos relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,1 ponto cada); | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 1,0 ponto** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 4 (PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA)** | | |
| 1. Autoria ou coautoria de livros, capítulos de livros, artigos publicados em revistas indexadas da área de assistência farmacêutica ou de abrangência clínica, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, com a devida comprovação (valor 0,5 cada). 2. Autoria ou coautoria de livros, capítulos de livros, artigos publicados em revistas indexadas de outras áreas, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, com a devida comprovação (valor 0,3 cada). 3. Autoria ou coautoria de resumos apresentados em congressos, jornadas, seminários e eventos da área de assistência farmacêutica ou de abrangência clínica, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, com a devida comprovação (valor 0,2 cada). 4. Autoria ou coautoria de resumos apresentados em congressos, jornadas, seminários e eventos de outras áreas, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, com a devida comprovação (valor 0,15 cada). 5. Outras produções técnicas na área clínica com divulgação em material digital ou impresso durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova, com a devida comprovação (valor 0,15 cada). 6. Organização, membro de comissão organizadora, membro de comissão científica ou comissão avaliadora de eventos técnico-científicos (0,25 ponto por evento) 7. Participação de corpo editorial ou ad hoc de revista científica indexada com apresentação de documentação que comprove e devidamente assinada por editor da revista durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova. (0,25 ponto por cada ano) | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 2,0 pontos** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 5 (ENSINO)** | | |
| 1. Palestras ministradas ou apresentação de trabalhos em modalidade de exposição oral em cursos, congressos, jornadas, simpósios ou eventos de farmácia hospitalar, farmácia clínica ou outras áreas clínicas durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,2 cada). 2. Atuação como professor de graduação ou pós-graduação, em disciplinas de farmácia clínica, durante os 05 (cinco) últimos anos a contar da data da prova (valor 0,1 cada semestre). | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 1,0 ponto** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bloco 6** | | |
| 16. Anos trabalhados na área da Assistência Farmacêutica, desenvolvendo serviços clínicos, com registro em carteira profissional ou declaração de tempo de serviço público. Cada ano comprovado de trabalho efetivo: **0,5 ponto**. Para análise de anos trabalhados não serão computados tempo em estágio na área hospitalar/clínica, assim como a soma do tempo em paralelo em mais de um serviço.  Observação 1: Independente de pontuação obtida em outros tópicos é exigido no mínimo 3 anos de experiência profissional conforme descrito neste bloco.  Observação 2: Também é considerado obrigatório a apresentação de memorial com, no mínimo, 4 páginas para detalhar experiência profissional, correlação com produção técnica científica que justifique a caracterização como especialista.  Observação 3: O período de Programas de Residência podem ser computados como anos trabalhados, conforme mencionado acima.  Observação 4: Os anos trabalhados em Farmácia Comunitária privada ou de Serviço Público (UBS ou congênere) também podem ser computadas desde que detalhados no memorial mencionado na observação 2 | | |
| Documentos Apresentados | Pontuação  obtida | Documento  comprobatório apresentado |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 3,0 pontos** | | |

**Declaro concordar com os termos descritos no regulamento do CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM FARMÁCIA CLÍNICA – SBRAFH e que as informações apostas neste formulário são a máxima expressão da verdade.**

, de de \_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e CPF do candidato: