|  |
| --- |
| **Anexo 2****FORMULÁRIO DE ANÁLISE CURRICULAR****Prova de Título de Especialista em Farmácia Clínica – SBRAFH 2025****(Este formulário deverá ser digitado, assinado digitalmente pelo candidato e com os comprovantes digitalizados)** |
| **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 sido desenvolvido na área clínica, em curso de Pós-Graduação reconhecido pela CAPES e MEC com cópia do certificado autenticado digitalmente (1,0 ponto);
2. Mestrado na área de Assistência Farmacêutica, Farmacologia, Farmácia Clínica ou Ciências da Saúde, em que o projeto tenha sido desenvolvido na área clínica, em curso de Pós-Graduação reconhecido pela CAPES e MEC com cópia do certificado autenticado digitalmente (1,0 ponto);
3. Residência na área de Assistência Farmacêutica ou Multiprofissional, com programa contendo disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, em que o projeto tenha sido desenvolvido na área clínica, em curso de Pós-Graduação reconhecido pelo MEC com cópia do certificado autenticado digitalmente (1,0 ponto);
4. Especialização na área de Assistência Farmacêutica, Farmacologia, Farmácia Clínica, com programa contendo disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, em que o projeto tenha sido desenvolvido na área clínica, em curso de Pós-Graduação reconhecido pelo MEC, com cópia do certificado autenticado digitalmente (0,5 ponto);
5. Especialização profissionalizante (mínimo 360h), com disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, com programa contendo disciplinas e/ou atividades na área da Farmácia Clínica, em que o projeto tenha sido desenvolvido na área clínica, em curso de Pós-Graduação chancelado e assinado pela presidente da Sbrafh com cópia do certificado autenticado digitalmente (0,25 ponto).
 |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação****obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 1,0 ponto** |

|  |
| --- |
| **Bloco 2 (CAPACITAÇÃO)** |
| 1. Cursos de atualização realizados na área de farmácia clínica, chancelados e assinados pela presidente da Sbrafh, contendo o mínimo de 4 horas, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica e autenticados digitalmente (0,1 ponto por curso);
2. Cursos de atualização realizados na área de farmácia clínica, promovidos por instituições em geral a exceção da Sbrafh, contendo o mínimo de 4 horas, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica e autenticados digitalmente (valor 0,05 ponto por curso).
 |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação****obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 0,5 ponto** |

|  |
| --- |
| **Bloco 3 (ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA)** |
| 1. Participação em congressos relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, promovido pela Sbrafh nacional, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,25 ponto cada).
2. Participação em jornadas, seminários, simpósios e eventos relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, promovido pela Sbrafh nacional ou regionais, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,1 ponto cada).
3. Participação em congressos, relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,2 ponto cada);
4. Participação em jornadas, seminários, simpósios e eventos relacionados à farmácia clínica ou de abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,05 ponto cada);
 |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação****obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 0,5 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 com abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,25 cada).
2. Autoria ou coautoria de resumos apresentados em congressos, jornadas, seminários e eventos da área de assistência farmacêutica ou de abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,1 cada).
3. Outras produções técnicas relacionado a área clínica, com divulgação em material digital ou impresso, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,05 cada).
4. Organização, membro de comissão organizadora, membro de comissão científica ou comissão avaliadora de eventos técnico-científicos em área de abrangência clínica realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (0,1 ponto por evento)
5. Participação de corpo editorial ou *ad hoc* de revista científica, indexada da área de Ciências da Saúde e que tenha escopo com abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica e comprovado mediante assinatura do editor da revista ou publicação (0,1 ponto por cada ano)
 |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação****obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 0,5 ponto** |

|  |
| --- |
| **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 em área com abrangência clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,1 cada).
2. Atuação como professor de graduação ou pós-graduação na disciplina de farmácia clínica, realizados nos últimos 05 (cinco) anos a contar da data de publicação do edital desta prova, listados em ordem cronológica (valor 0,2 cada semestre).
 |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação****obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 0,5 ponto** |

|  |
| --- |
| **Bloco 6 (EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL)** |
| 1. Anos trabalhados com atuação em Serviços de Farmácia Clínica e/ou desenvolvimento de atividades clínicas, comprovado mediante registro em carteira profissional ou declaração de tempo no serviço público. Para análise de anos trabalhados não serão computados tempo em estágio e de residência na área hospitalar/clínica, assim como a soma do tempo em paralelo em mais de um serviço. (valor: 0,4 ponto por ano de trabalho, após 3 anos de atuação).

**Observação 1:** Independente de pontuação obtida em outros tópicos é exigido no mínimo 3 anos de experiência profissional conforme descrito no edital.**Observação 2:** O período de formação em programas de residência na área da assistência farmacêutica ou residência multiprofissional, não serão considerados como experiência profissional. |
| **Documentos Apresentados** | **Pontuação obtida** | **Documento comprobatório apresentado** |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
|  |  |  Sim  Não |
| Inclua o número de linhas que necessitar |  | Total: |
| **Valor máximo 2,0 pontos** |

**Declaro concordar com os termos descritos no regulamento do CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM FARMÁCIA CLÍNICA – SBRAFH 2025 e que as informações apostas neste formulário são a máxima expressão da verdade.**

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

Assinatura e CPF do candidato: