

Boletim de Serviço
EXTRAORDINÁRIO
nº 345, de 21 de dezembro de 2017

Secretaria-Geral

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Setor Comercial Sul - SCS, Quadra 9, Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate,

Bloco C, 1º ao 3º pavimentos | CEP: 70308-200 | Brasília-DF |

Telefone: (61) 3255-8900 | Site: www.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente

PAULO HENRIQUE BEZERRA RODRIGUES COSTA

Diretor Vice-Presidente Executivo

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS

Diretor de Atenção à Saúde

JAIME GREGÓRIO DOS SANTOS FILHO

Diretor de Administração e Infraestrutura

EULER DA CUNHA FONSECA

Diretor de Orçamento e Finanças

EDUARDO DINIZ GONÇALVES PORCIUNCULA

Diretor de Gestão de Pessoas

SUMÁRIO

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS	4
INCENTIVO EDUCACIONAL À PÓS-GRADUAÇÃO	4

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

INCENTIVO EDUCACIONAL À PÓS-GRADUAÇÃO

Publicação dos Anexos I, II e III da Portaria SEI nº 1716, de 11 de dezembro de 2017, da Diretoria de Gestão de Pessoas, publicada no boletim de serviço nº 342, de 11 de dezembro de 2017.

ANEXO I

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
B.1 NÍVEL DE FORMAÇÃO ATUAL (COMPLETO) <ul style="list-style-type: none">• GRADUAÇÃO – 30 PONTOS• PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU – 20 PONTOS• PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – 10 PONTOS	
B.2 QUANTITATIVO DE SEMESTRES AINDA NÃO CURSADOS NECESSÁRIOS PARA CONCLUSÃO DO CURSO <ul style="list-style-type: none">• ATÉ 2 SEMESTRES = 40 PONTOS• DE 3 A 4 SEMESTRES = 30 PONTOS• DE 5 A 6 SEMESTRES = 20 PONTOS• ACIMA DE 7 SEMESTRES = 10 PONTOS	
B.3 QUANTITATIVO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO (LATO E/OU STRICTO SENSU) FINALIZADOS: <ul style="list-style-type: none">• 0 CURSOS – 30 PONTOS• 1 CURSO – 20 PONTOS• 2 OU MAIS CURSOS – 10 PONTOS	

ANEXO II

REQUERIMENTO DE MUDANÇA DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Eu, _____, (Nome do beneficiado) - SIAPE nº _____, CPF nº _____, Aluno(a) do curso de _____, do(a) _____ (nome da Instituição de Ensino atual), de _____, venho requerer autorização para a mudança de Instituição de Ensino, conforme dados a seguir:

Nome da Instituição: _____

Nome do Curso: _____

Valor da Mensalidade: _____

Justificativa de mudança:

_____, ____/____/____.

Assinatura do beneficiário

ANEXO III

DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE INCENTIVO À PÓS-GRADUAÇÃO

Eu, _____,
(Nome do beneficiário)

SIAPE nº _____, CPF nº _____,

atualmente lotado no(a) _____,
(Unidade de lotação ou Órgão)

aluno do curso de _____, do(a) _____,
(nome do curso) (nome da Instituição de Ensino)

de _____, solicito meu desligamento do Programa de
(Pós-Graduação)

Incentivo à Pós-Graduação.

Motivo do desligamento:

_____, ____/____/____.

Assinatura do Beneficiário