

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

**MÉDICO I - Terapia Intensiva Pediátrica**  
**NÚMERO DO EDITAL: 51/2024**

Nome: \_\_\_\_\_ Inscrição: \_\_\_\_\_

### **Graduação**

Escola \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

### **Pós Graduação**

Mestrado \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

Doutorado \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

### **Especialização - (Não será considerada a Residência Médica)**

**Curso de extensão universitária, aperfeiçoamento técnico e outros, com duração igual ou superior a 6 (seis) meses, relacionados às áreas de atuação definidas neste Edital.**

Curso: \_\_\_\_\_

Ministrado por: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Ministrado por: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

### **Experiência Profissional comprovada, na área do Edital, não concomitante com Residência Médica.**

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Área de trabalho \_\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_\_ Desligamento: \_\_\_\_\_

### **Participação em Eventos (Congressos, Simpósios e Jornadas Médicas)**

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Ouvinte \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Ouvinte \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Apresentação de Trabalho \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_

Participação:  Apresentação de Trabalho \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

### **Publicações em Revistas Especializadas**

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Revista/ Periódico \_\_\_\_\_

Data da entrega: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO**

**MÉDICO I - Terapia Intensiva Pediátrica**

**NÚMERO DO EDITAL: 51/2024**

Recebi de \_\_\_\_\_ Inscrição nº \_\_\_\_\_ a Ficha de Avaliação de Títulos acompanhada dos comprovantes rubricados e numerados de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ pelo candidato.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

\_\_\_\_\_  
Serviço de Seleção e Desenvolvimento

**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS**

O preenchimento da ficha de avaliação de títulos deve ser feito seguindo estritamente o disposto no **Esquema de Valorização dos Títulos, constante no Anexo III do Edital de Abertura do Concurso Público.**

Demais orientações quanto a documentação a ser entregue constam no Capítulo que trata dos **Títulos e seu Julgamento.**

Não serão aceitos comprovantes que não guardem relação com as atribuições da função conforme disposto no ANEXO III do Edital.

Anexar às fotocópias dos comprovantes seguindo a ordem da Ficha de Avaliação de Títulos.

Todos os comprovantes deverão ser rubricados e numerados pelo candidato obedecendo ordem crescente de numeração.

Não encadernar e não colocar os comprovantes em pastas, pois na entrega será feita a conferência e os documentos serão grampeados juntamente com a Ficha de Avaliação de Títulos.

**O protocolo que acompanha a ficha de avaliação de títulos deve ser impresso em folha separada.**

Qualquer dúvida entrar em contato no Serviço de Seleção do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto nos telefones (16) 3602-2227, 3602-2168 e 3602-2707 .