

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

MÉDICO I – ANESTESIOLOGISTA – DOR CRÔNICA INTERVENCIÓNISTA

NÚMERO DO EDITAL: 63/2024

Nome: _____ Inscrição: _____

Graduação

Escola _____ Conclusão: _____

Pós Graduação - Cursos Completos

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: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:	_____	Término
Evento: _____	Início	_____	
Participação: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:	_____	Término
Evento: _____	Início	_____	
Participação: <input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:	_____	Término
Evento: _____	Início	_____	
Participação: <input type="checkbox"/> 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 – ANESTESIOLOGISTA – DOR CRÔNICA INTERVENCIONISTA

NÚMERO DO EDITAL: 63/2024

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 .