

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

**ATAS - FISIOTERAPEUTA**  
**NÚMERO DO EDITAL: 27/2024**

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

**Graduação**

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

**Pós Graduação - Cursos Completos**

Mestrado	Conclusão:	
Doutorado	Conclusão:	

**Aprimoramento, Especialização e/ou Residência Multiprofissional nas áreas de Fisioterapia Neurológica, Traumatologia-Ortopédica e/ou Órteses e Próteses – valor por curso concluído**

Curso:			
Ministrado por:		Duração:	
Curso:			
Ministrado por:		Duração:	
Curso:			
Ministrado por:		Duração:	
Curso:			
Ministrado por:		Duração:	

**Atividades Profissionais comprovadas na área de Fisioterapia Neurológica, Órteses e Próteses e/ou Traumatologia-Ortopédica, seja em âmbito Hospitalar ou Ambulatorial**

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:	
Empresa:		Área de trabalho
Admissão:	Desligamento:	
Empresa:		Área de trabalho
Admissão:	Desligamento:	

**Publicações e ou participação em Congressos, Simpósios, Jornadas e Estágios Voluntários (acima de 40h) relacionados à área de órteses e próteses, fisioterapia neurológica e/ou traumatologia-ortopédica):**

Evento:		Início	
Área:	Duração:	Término	
Evento:			Início
Área:	Duração:	Término	
Evento:			Início
Área:	Duração:	Término	

Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	
Evento:				Início	
Área:		Duração:		Término	

Data da entrega:	
Recebido por:	

\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

---

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO**

**ATAS - FISIOTERAPEUTA**

**NÚMERO DO EDITAL: 27/2024**

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 .