

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS**

**MÉDICO I – NEFROLOGIA PEDIÁTRICA**

**NÚMERO DO EDITAL: 07/2025**

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:	
-----------------	---------------	--

**Participação em Congressos, simpósios e jornadas médicas:**

Evento: _____		Ínicio	
---------------	--	--------	--

Participação:	Ouvinte	Duração:		Término	
---------------	---------	----------	--	---------	--

Evento: _____		Ínicio	
---------------	--	--------	--

Participação:	Ouvinte	Duração:		Término	
---------------	---------	----------	--	---------	--

Evento: _____		Ínicio	
---------------	--	--------	--

Participação:	Apresentação de Trabalho	Duração:		Término	
---------------	--------------------------	----------	--	---------	--

Evento: _____		Ínicio	
---------------	--	--------	--

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

<b>FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO</b>
<b>MÉDICO I – NEFROLOGIA PEDIÁTRICA</b>
<b>NÚMERO DO EDITAL: 07/2025</b>

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 .