

## FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

**MÉDICO I – CIRURGIA DA MÃO, DO MEMBRO SUPERIOR E MICROCIRURGIA**

**NÚMERO DO EDITAL: 11/2025**

Nome:

Inscrição:

**Graduação**

Escola

Conclusão:

**Pós Graduação - Cursos Completos**

Mestrado

Conclusão:

Doutorado

Conclusão:

Doutorado Direto

Conclusão:

**Especialização (Não será considerado a Residência Médica)**

**Curso de extensão universitária, aperfeiçoamento técnico, com duração igual ou superior a 6 (seis) meses, realizados no ano de 2024, relacionados às áreas de atuação definidas neste Edital.**

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:

**Experiência Profissional no ensino em Residência de Cirurgia da Mão, credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)**

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:

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

Data da entrega:

Recebido por:

Assinatura do candidato

---

<b>FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO</b>
<b>MÉDICO I – CIRURGIA DA MÃO, DO MEMBRO SUPERIOR E MICROCIRURGIA</b>
<b>NÚMERO DO EDITAL: 11/2025</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 .