

## FORMULÁRIO PROVA DE TÍTULOS MÉDICO PLANTONISTA

### 1. Experiência profissional na área de Urgência Emergência e em Pediatria

|  |   |
|--|---|
| Documentos aceitos: Declaração de trabalho contendo CNPJ timbre da instituição empregadora e assinatura do profissional responsável reconhecida em cartório.<br>Apresentação da carteira profissional com cópia reconhecida em cartório.<br>Total máximo para urgência e Emergência: 2,0 pontos<br>Total máximo para experiência em pediatria: 4,0 pontos<br><b>TOTAL:</b> | Declaro ter ____ano e ____meses de experiência na área de urgência e emergência, conforme documentação apresentada.<br><br>Declaro ter ____ano e ____meses de experiência na área de pediatria conforme documentação apresentada. |
|--|---|

### 2. Cursos de Especialização:

|               |   |            |
|---------------|---|------------|
| ( )           | 1 - Especialização ou Residência em Urgência e Emergência | 4,0 pontos |
| ( )           | 2 – Residência ou especialização em pediatria             | 7,0 pontos |
| <b>TOTAL:</b> |   |            |

### 3. Cursos de capacitações:

|               |                     |     |
|---------------|---------------------|-----|
| ( )           | PALS ou equivalente | 2,0 |
| ( )           | ATLS                | 2,0 |
| ( )           | PHTLS               | 2,0 |
| ( )           | ACLS                | 2,0 |
| <b>TOTAL:</b> |                     |     |

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## FORMULÁRIO PROVA DE TÍTULOS MÉDICOS COM ESPECIALIDADE

### 1. Experiência profissional na especialidade escolhida

|   |  |
|---|--|
| Documentos aceitos: Declaração de trabalho contendo CNPJ timbre da instituição empregadora e assinatura do profissional responsável reconhecida em cartório.<br>Apresentação da carteira profissional com cópia reconhecida em cartório.<br>Total máximo: 4,0 pontos<br><br><b>TOTAL:</b> | Declaro ter ____ ano e ____ meses de experiência na especialidade de _____<br>conforme documentação apresentada. |
|---|--|

### 2. Cursos de Especialização:

|                          |   |            |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Certificado de curso de Doutorado   | 8,0 pontos |
| <input type="checkbox"/> | 2 – Certificado de curso de Mestrado  | 7,0 pontos |
| <input type="checkbox"/> | 3- Certificado de Pós – Graduação “Latu Sensu”, com graduação mínima de 360 horas em qualquer área. | 6,0 pontos |
| <b>TOTAL:</b>            |   |            |

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## FORMULÁRIO PROVA DE TÍTULOS FONOAUDIÓLOGO

### 1. Experiência profissional

|   |  |
|---|--|
| Documentos aceitos: Declaração de trabalho contendo CNPJ timbre da instituição empregadora e assinatura do profissional responsável reconhecida em cartório.<br>Apresentação da carteira profissional com cópia reconhecida em cartório.<br>Total máximo: 4,0 pontos<br><br><b>TOTAL:</b> | Declaro ter ____ ano e ____ meses de experiência profissional na função de fonoaudiólogo(a) conforme documentação apresentada. |
|---|--|

### 2. Cursos:

|                          |  |             |
|--------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Certificado de Pós graduação 5,0 pontos por curso                    | 10,0 pontos |
| <input type="checkbox"/> | 2 – Cursos na área 2 pontos por 4 horas de curso                         | 10,0 pontos |
| <input type="checkbox"/> | 3 -Outro curso superior, além do utilizado como requisito para inscrição | 1,0 pontos  |
| <b>Total:</b>            |  |             |

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_