



**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2020**  
**PROGRAMA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**  
**Formulário de Avaliação de Currículo**

Prezado Candidato,

O presente formulário, devidamente preenchido e assinado, juntamente com cópia do diploma de graduação (ou declaração de conclusão do curso) e cópia do histórico escolar da graduação, deverá ser entregue na Secretaria da Comissão de Residência Multiprofissional, no período estabelecido no edital, sendo **OBRIGATÓRIA A ANEXAÇÃO DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**

Nome	Nº Inscrição
Faculdade onde cursou a graduação	Ano de Formação

1. Você realizou estágios em sua área de formação? Se sim, indique o local, período e carga horária.

---

---

---

---

---

---

2. Você fez iniciação científica/pesquisa? Se sim, especifique abaixo.

---

---

---

---

---

---

3. Você realizou monitoria durante o curso? Se sim especifique abaixo.

---

---

---

---

---

4. Especifique abaixo eventos que participou (congressos, seminários, cursos e outros).

---

---

---

---

---

5. Apresentou trabalhos em eventos? Se sim, relacione abaixo os eventos, datas e títulos dos trabalhos apresentados.

---

---

---

---

---

6. Possui experiência profissional em Odontologia? Se sim, relacione abaixo suas experiências profissionais, locais e período de duração.

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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