



**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2020 – VAGAS REMANESCENTES**  
**PROGRAMA EM SAÚDE**  
**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 realização da 2ª fase, sendo OBRIGATÓRIA A ANEXAÇÃO DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Nome		Nº Inscrição	
Área de Concentração ( ) Adulto e Idoso                      ( ) Criança e Adolescente		Profissão ( ) Enfermagem                      ( ) Farmácia                      ( ) Fonoaudiologia	
Faculdade onde cursou a graduação		Ano de Formação	

**Quanto à qualificação profissional**

1. Possui iniciação científica com financiamento? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

2. Realizou iniciação científica sem financiamento e/ou TCC? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

3. Participou de eventos com apresentação de trabalhos? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

4. Participou de eventos sem apresentação de trabalhos? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

5. Possui especialização/aprimoramento? Com carga horária mínima de 360h? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

**Quanto à produção intelectual:**

6. Publicou trabalhos em periódicos em periódicos indexados? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

7. Publicou trabalhos em anais? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

**Quanto à experiência na área profissional:**

8. Possui experiência profissional na área assistencial? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

---

**Outras atividades relevantes:**

9. Monitorias (PAD, Bolsa SAE)? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

10. Recebeu Premiações? Se sim, detalhe abaixo:

---

---

---

11. Curso de línguas.

---

---

---

12. Projetos de extensão e/ou estágio extracurriculares

---

---

---

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

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