**FORMULÁRIO DE CURRÍCULO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CANDIDATO (A):** NOME COMPLETO, SEM ABREVIAÇÕES | | | |
| **GRADUAÇÃO EM** (ESCRVER O NOME QUE CONSTA NO CERTIFICADO) | **( ) ESPECIALIZAÇÃO EM** (ESCRVER O NOME QUE CONSTA NO CERTIFICADO)  **( ) MESTRADO EM** (ESCRVER O NOME QUE CONSTA NO CERTIFICADO)  **( ) DOUTORADO EM** (ESCRVER O NOME QUE CONSTA NO CERTIFICADO) | | |
| **CÓDIGO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DESEJADA:** APENAS UM CÓDIGO | | | |
| **ITEM AVALIADO** | | **QUANTIDADE** | **ANÁLISE**  **(para uso exclusivo da Comissão)** | |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | |
| **Especialização** na área que está se candidatando (saúde coletiva/pública) | |  |  | |
| **Mestrado** na área na área que está se candidatando (saúde coletiva/pública ou educação) | |  |  | |
| **Doutorado** na área que está se candidatando (saúde coletiva/pública ou educação) | |  |  | |
| **PRODUÇÃO CIENTÍFICA E TÉCNICA** | | | | |
| Relatórios, trabalhos de natureza técnica na área do Sistema Único de Saúde publicados e/ou aceitos (manuais, cartilhas, software, vídeos) nos últimos dois anos. | |  |  | |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE ATUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** | | | | |
| **12 meses completos** de atuação nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde | |  |  | |
| **2 anos completos** de atuação nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde | |  |  | |
| **3 a 4 anos completos** de atuação nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde | |  |  | |
| **5 anos completos ou mais** de atuação nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde | |  |  | |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE ATUAÇÃO NA DOCÊNCIA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE** | | | | |
| **1 a 2 anos** | |  |  | |
| **3 a 4 anos** | |  |  | |
| **5 anos ou mais** | |  |  | |
| **FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA**  (Realizados nos **últimos** **três anos**) | | | | |
| Introdutório (20 a 40 horas) | |  |  | |
| Atualização (40 a 100 horas) | |  |  | |
| Aperfeiçoamento (160 a 180 horas) | |  |  | |
| Curso na área de práticas pedagógicas na saúde, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, processos educacionais na saúde e afins (carga horária mínima de 60 horas). | |  |  | |
|  | |  |  | |

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

**REQUERIMENTO DE RECURSO**

# Processo seletivo: Credenciamento de profissionais.

|  |
| --- |
| Nome completo: |
| Objeto do recurso: |
| Fundamentação e argumentação lógica (descrever abaixo): |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Nº do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: |

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, (nome completo), CPF nº XXX, declaro residir no endereço: Rua, número, complemento, bairro, CEP, cidade.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e passíveis de serem verificadas. Assumo total responsabilidade pela informação prestada.

Cidade (Estado), dia-mês-ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Nome completo