



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

ENTIDADE FILANTRÓPICA DE UTILIDADE PÚBLICA

Federal - Dec. 65.314 - Utilidade Pública Estadual - Lei 1707 - CGC 28.141.190/0001-86

Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Fone: 3212-7253 - CEP 29018-180.

Vitória - Estado do Espírito Santo

ANEXO I

ANÁLISE DO CURRÍCULO – PRÉ-REQUISITO

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM NEONATOLOGIA

Nome Completo:
Programa de Residência Médica Pretendido: NEONATOLOGIA
Nome da Instituição de conclusão da Residência Médica Pré-Requisito: PEDIATRIA
Ano de conclusão da Residência Pré-Requisito:

1) Publicação de artigos científicos em revista indexada ou aceitos para publicação (2,0 por artigo)	
a	Título da Publicação:
	Nome da Revista:
	Data da Publicação:
b	Título da Publicação:
	Nome da Revista:
	Data da Publicação:
	Total (até 4,0 ponto)
2) Participação em Simpósio, Jornada ou Congresso Médico (0,2 por participação)	
a	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
b	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
c	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
d	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
e	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
f	Nome do Evento:
	Entidade Promotora:
	Local e Data do Evento:
g	Nome do Evento:



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

ENTIDADE FILANTRÓPICA DE UTILIDADE PÚBLICA

Federal - Dec. 65.314 - Utilidade Pública Estadual - Lei 1707 - CGC 28.141.190/0001-86

Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Fone: 3212-7253 - CEP 29018-180.

Vitória - Estado do Espírito Santo

	Entidade Promotora:	
	Local e Data do Evento:	
h	Nome do Evento:	
	Entidade Promotora:	
	Local e Data do Evento:	
i	Nome do Evento:	
	Entidade Promotora:	
	Local e Data do Evento:	
j	Nome do Evento:	
	Entidade Promotora:	
	Local e Data do Evento:	
		Total (até 2,0 ponto)
3) Apresentação de Tema Livre Oral ou Pôster em Simpósio, Jornada ou Congresso Médico (0,5 por apresentação)		
a	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
b	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
c	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
d	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
e	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
f	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
g	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	
	Local e Data do Evento:	
h	Nome do Trabalho:	
	Nome do Evento:	



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

ENTIDADE FILANTRÓPICA DE UTILIDADE PÚBLICA

Federal - Dec. 65.314 - Utilidade Pública Estadual - Lei 1707 - CGC 28.141.190/0001-86

Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Fone: 3212-7253 - CEP 29018-180.

Vitória - Estado do Espírito Santo

Local e Data do Evento:	
	Total (até 4,0 ponto)

TOTAL GERAL	
--------------------	--

Orientações para preenchimento

O currículo deve ser preenchido conforme o modelo acima.

Anexar os respectivos documentos comprobatórios das atividades realizadas em cada tópico na mesma ordem.

Não serão corrigidos currículos entregues em outro modelo.

Os campos de pontuação são de uso exclusivo da comissão avaliadora.