



VIA DA FAU

ATENÇÃO: PREZADO(A) CANDIDATO(A), FAVOR **COLAR** ESTA VIA NO LADO DE FORA DO ENVELOPE DE ENTREGA DOS TÍTULOS.

CONCURSO PÚBLICO

CIRUSPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REDE DE URGÊNCIAS DO SUDOESTE DO PARANÁ - EDITAL Nº 01/2019

FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DE TÍTULOS

ATENÇÃO: OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS SOLICITADOS DEVERÃO SER ENTREGUES DENTRO DE ENVELOPE LACRADO,

IDENTIFIQUE-SE NOS CAMPOS ABAIXO:

Nome: _____

Inscrição: _____

Cargo: **MÉDICO REGULADOR/INTERVENCIONISTA**

À FAU – FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO UNICENTRO.

Para fins de participação na prova de títulos, apresento os seguintes documentos:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Qtde.	Assinale "X"	CURSOS
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
		Experiência profissional, como Médico, na área de Medicina Intensiva, Urgência/Emergência e/ou atendimento médico pré-hospitalar móvel.
		Certificado de curso de Suporte Avançado à Vida no Trauma (ATLS), Suporte Avançado à Vida em Cardiologia (ACLS), Suporte Avançado à Vida em Pediatria (PALS), Suporte à Vida no Trauma Pré-Hospitalar (PHTLS) e/ou Fundamentos de Suporte em Medicina Crítica (FCCS).
		Certificado de Especialização (<i>Lato Sensu</i>) Residência Médica área da saúde, reconhecido pelo MEC. Título de especialidade médica expedido pela Associação Médica Brasileira (AMB).
		Certificado de Mestrado (<i>Stricto Sensu</i>), na área da saúde, reconhecido pelo MEC.
		Certificado de Doutorado (<i>Stricto Sensu</i>), na área da saúde, reconhecido pelo MEC.
Quantidade de laudas protocoladas:		Totalização dos Pontos:

Pato Branco-PR, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)

.....Destaque aqui.....Destaque aqui.....



VIA DO(A) CANDIDATO(A)

ATENÇÃO: PREZADO(A) CANDIDATO(A), FAVOR **RETER** ESTA VIA PARA COMPROVAÇÃO DE ENTREGA.

CONCURSO PÚBLICO

CIRUSPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REDE DE URGÊNCIAS DO SUDOESTE DO PARANÁ - EDITAL Nº 01/2019

FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DE TÍTULOS

ATENÇÃO: OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS SOLICITADOS DEVERÃO SER ENTREGUES DENTRO DE ENVELOPE LACRADO,

IDENTIFIQUE-SE NOS CAMPOS ABAIXO:

Nome: _____

Inscrição: _____

Cargo: **MÉDICO REGULADOR/INTERVENCIONISTA**

À FAU – FUNDAÇÃO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO UNICENTRO.

Para fins de participação na prova de títulos, apresento os seguintes documentos:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Qtde.	Assinale "X"	CURSOS
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
		Experiência profissional, como Médico, na área de Medicina Intensiva, Urgência/Emergência e/ou atendimento médico pré-hospitalar móvel.
		Certificado de curso de Suporte Avançado à Vida no Trauma (ATLS), Suporte Avançado à Vida em Cardiologia (ACLS), Suporte Avançado à Vida em Pediatria (PALS), Suporte à Vida no Trauma Pré-Hospitalar (PHTLS) e/ou Fundamentos de Suporte em Medicina Crítica (FCCS).
		Certificado de Especialização (<i>Lato Sensu</i>) Residência Médica área da saúde, reconhecido pelo MEC. Título de especialidade médica expedido pela Associação Médica Brasileira (AMB).
		Certificado de Mestrado (<i>Stricto Sensu</i>), na área da saúde, reconhecido pelo MEC.
		Certificado de Doutorado (<i>Stricto Sensu</i>), na área da saúde, reconhecido pelo MEC.
Quantidade de laudas protocoladas:		Totalização dos Pontos:

Pato Branco-PR, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)