



**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
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>		
		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.
<b>Quantidade de laudas protocoladas:</b>		<b>Totalização dos Pontos:</b>

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
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>		
		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.
<b>Quantidade de laudas protocoladas:</b>		<b>Totalização dos Pontos:</b>

Pato Branco-PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)