



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EDITAL Nº 04/2015 - SMA

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
EMPREGO A QUE CONCORRE: MÉDICO PSIQUIATRA		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Nº DE DOCUMENTOS AFERÍVEIS	DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO	RESERVADO À COMISSÃO DE CONCURSO
() Título de Especialista ou Certificado de Residência Médica na área específica. (até 02 cursos)		
() Curso de aperfeiçoamento e/ou atualização na área, com mínimo de 40h de duração atestadas nos certificados. (até 02 cursos)		
() Experiência comprovada em NASF por período superior a um (hum) ano. (até 05 anos)		
() Experiência comprovada na área de Saúde Mental. (até 05 anos)		

As informações deste formulário conferem com a documentação contida no envelope lacrado, em anexo e são de minha inteira responsabilidade.

Volta Redonda, ____ de _____ de 2015

Assinatura do Candidato

RECIBO DE ENTREGA	
NOME DO CANDIDATO:	Nº DE INSCRIÇÃO:
EMPREGO A QUE CONCORRE: MÉDICO PSIQUIATRA	Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Volta Redonda, ____ de _____ de 2015	
_____ Assinatura do Funcionário da FEVRE	