



AVALIAÇÃO CURRICULAR PADRONIZADA
Processo Seletivo de Residência Médica 2017
Entrada Pré-Requisito



NOME: _____

() Residência () Especialização Médica

DATA DE NASCIMENTO: _____ DD _____ MM _____ AAAA

ÁREA: _____ INSCRIÇÃO _____

Resumo da Avaliação Curricular:

Marque os itens que você julga ter pontuado.

Assinale o item pretendido com o símbolo \surd . Anexar esta folha aos documentos comprobatórios das atividades declaradas .

Seção 1		PTS.MAX: 2,0	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
1. a)	2,0		
1. b)	1,0		
1. c)	0,15		

Seção 2		PTS.MAX: 1,5	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
2. a)	1,5		
2. b)	0,5		

Seção 3		PTS.MAX: 3,0	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
3. a)	0,5		
3. b)	0,5		
3. c1)	0,5		
3. c2)	0,5		
3. d1)	0,5		
3. d2)	0,5		
3. e)	0,6		

Seção 4		PTS.MAX: 1,0	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
4. a)	0,2		
4. b)	0,2		
4. c1)	0,5		
4. c2)	0,5		

Seção 5		PTS.MAX: 2,5	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
5. a.1)	0,4		
5. a.2)	0,4		
5. b)	0,5		
5. c)	0,6		
5. d)	0,6		

Seção 6		PTS.MAX: 0,5	PTS.PROV.
ÍTEM	VALOR	Pág. Comprovantes	Avaliador
Extra	0,5		

TOTAL DE PONTOS PROVISÓRIOS: _____

AVALIADOR PRINCIPAL:
(assinatura e identificação)