

**MODELO PADRONIZADO DE FORMULÁRIO DE TÍTULOS**

**(Obrigatório apenas para os candidatos ao Programa de Residência Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial)**

NOME COMPLETO DO CANDIDATO:

**APROVEITAMENTO ACADÊMICO (HISTÓRICO ESCOLAR**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MONITORIAS (MÁXIMO 15,0 pontos – 5 pontos por semestre letivo)**

| **SERVIÇO / PROJETO** | **CARGA HORÁRIA** | **PONTUAÇÃO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIBIC – PIC (MÁXIMO 15,0 pontos 5 pontos por projeto)**

| **SERVIÇO / PROJETO** | **CARGA HORÁRIA** | **PONTUAÇÃO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ATIVIDADES DE EXTENSÃO ou PET SAÚDE (MÁXIMO 20,0 pontos 5 pontos por semestre letivo)**

| **SERVIÇO / PROJETO** | **CARGA HORÁRIA** | **PONTUAÇÃO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TRABALHOS PUBLICADOS OU APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS (MÁXIMO 20,0 pontos 5 pontos por trabalho)**

| **TÍTULO DO TRABALHO** | **LOCAL DE PUBLICAÇÃO** | **PONTUAÇÃO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CÁLCULO DA NOTA FINAL (USO DO CANDIDATO):**

**CÁLCULO DA NOTA FINAL (USO DA COMISSÃO):**

DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO, BEM COMO AS COMPROVAÇÕES EM ANEXO, SÃO VERÍDICAS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato