**ANEXO I**

**CURRÍCULO RESUMIDO**

**DADOS PESSOAIS**

Nome: (sem abreviaturas)

Data de Nascimento: Sexo: Estado Civil:

Naturalidade: UF:

Endereço Residencial:

Bairro: CEP: Cidade/UF:

Telefone Residencial: Telefone Comercial: Celular:

E-mail:

Registro de Identidade nº: Órgão Expedidor: CPF:

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA**  **Curso de Graduação em Odontologia** (completo)  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ano de Conclusão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| **Curso de Especialização ou Residência** (Carga horária mínima de 360 h)  1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ano de Conclusão \_\_/\_\_/\_\_\_\_  2. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_  Ano de Conclusão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  **Curso de Pós-Graduação *Scrictu Sensu*: (Mestrado)**  1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ano de Conclusão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| **Curso de Pós-Graduação *Scrictu Sensu*: (Doutorado)**  1. Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ano de Conclusão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**  (Informe a experiência profissional e o exercício de atividades que tenham relação com a área de conhecimento de acordo com os critérios de pontuação dos itens **“e”** e **“f”** - Art.12 deste edital)

|  |
| --- |
|  |
| Inserir link do Currículo Lattes, se houver: |

**GABARITO DE PONTUAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critérios** | **Pontos Atribuídos** | **PONTUAÇÃO** |
| * 1. Pós-Graduação: Especialização ou Residência (Até dois cursos). | 1 por curso  (máximo de 2 pontos) |  |
| * 1. Pós-Graduação: Mestrado. | 2 pontos  (máximo de 2 pontos) |  |
| * 1. Pós-Graduação: Doutorado. | 2,5 pontos  (máximo de 2,5 pontos) |  |
| * 1. Experiência comprovada como docente de curso Técnico em Saúde Bucal (ESPP-CFRH ou outros). | 1 ponto para cada ano (máximo 2 pontos) |  |
| * 1. Experiência profissional comprovada como odontólogo(a) por cinco anos ou mais, no serviço público. Obs: candidatos(as) com tempo menor que cinco anos de experiência poderão obter pontuação proporcional (0,2 ponto por ano). | 1  (máximo de 1 ponto) |  |
| * 1. Experiência profissional comprovada como odontólogo(a) por cinco anos ou mais, no serviço privado. Obs: candidatos(as) com tempo menor que cinco anos de experiência poderão obter pontuação proporcional (0,1 ponto por ano). | 0,5  (máximo de 0,5 ponto) |  |
| **TOTAL DE PONTOS** | |  |

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_