



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**EDITAL 04/2007**

**ANEXO I**

**FICHA CADASTRAL CURRICULAR**

**SELEÇÃO PARA DESIGNAÇÃO DE SERVIDORES PARA ATIVIDADE DE AUTORIDADE  
SANITÁRIA NA ÁREA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
FUNÇÃO DE REGULADOR MÉDICO PLANTONISTA**

Nome:		
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo:
Identidade:	Órgão Expedidor:	CPF:
Telefone:	Celular:	e-mail:
Logradouro:	n°	Compl.
Bairro:	Cidade:	UF:

<b>ESCOLHA DA LOCALIDADE</b> (assinalar os municípios Pólo de Macrorregião para os quais deseja concorrer a uma vaga)			
<input type="checkbox"/>	Divinópolis	<input type="checkbox"/>	Governador Valadares
<input type="checkbox"/>	Belo Horizonte	<input type="checkbox"/>	Uberaba

<b>SITUAÇÃO FUNCIONAL</b> (assinalar com um X a situação funcional)	
<input type="checkbox"/>	ocupante de cargo de provimento efetivo lotado em órgão ou entidade municipal, estadual ou federal integrante do SUS
<input type="checkbox"/>	ocupante de função pública lotado em órgão ou entidade integrante do Sistema Estadual de Gestão da Saúde
<input type="checkbox"/>	ocupante de função ou cargo de direção, assessoramento ou coordenação das ações de regulação da assistência à saúde lotado na Secretaria de Estado de Saúde
Instituição:	Cargo:



<b>ANÁLISE DE CURRÍCULO</b>	
<b>Experiência Profissional</b> (preencher com o número de anos completos de experiência, o mesmo período não poderá ser utilizado para mais de um critério)	Tempo
Após conclusão de curso superior de medicina, número de anos completos de experiência em pronto socorro ou urgência	
Após conclusão de curso superior de medicina, número de anos completos de experiência como médico intensivista	
Após conclusão de curso superior de medicina, número de anos completos de experiência em serviços de controle, avaliação e auditoria na área de saúde pública	
<b>Titulação Acadêmica</b> (marcar com X os títulos que possui)	Marcar com X
Certificado de curso de pós-graduação, em nível de especialização, com carga horária mínima de 360 h/aula, em qualquer área médica.	
Certificado de curso de pós-graduação, em nível de especialização, com carga horária mínima de 360 h/aula, nas áreas de Saúde Pública;	
Diploma devidamente registrado ou habilitação legal equivalente, de conclusão de curso de mestrado ou doutorado, nas áreas de Saúde Pública	

<b>ESCOLARIDADE</b>	
Curso Superior:	Ano de conclusão:
Instituição de Ensino:	Registro Profissional:
Pós Graduação:	Ano de conclusão:
Instituição de Ensino:	
Pós Graduação:	Ano de conclusão:
Instituição de Ensino:	



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b> (detalhamento da experiência profissional assinalada para ANÁLISE DO CURRÍCULO)		
Instituição:	Data Início:	Término:
Cargo:		
Resumo das atividades:		
Instituição:	Data Início:	Término:
Cargo:		
Resumo das atividades:		
Instituição:	Data Início:	Término:
Cargo:		
Resumo das atividades:		

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são validas.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2007

Assinatura

\_\_\_\_\_