

**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 √. Anexar esta folha aos documentos comprobatórios das atividades declaradas.

<b>Sessão 1</b>		PTS. MAX: 3,00	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
1.a)	2,00		
1.b)	1,50		
1.c)	1,00		
1.d)	0,50		
1.e)	0,25		
1.f)	0,15		
1.g)	0,10		

Pontuação Enade/CPC:

<b>Sessão 2</b>		PTS. MAX: 1,50	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
2.a)	1,50		
2.b)	0,50		
2.c)	0,00		

<b>Sessão 3</b>		PTS. MAX: 1,50	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
3.a1)	0,50		
3.a2)	0,50		
3.b)	0,30		
3.c)	0,50		
3.d)	0,50		
3.e)	0,00		

<b>Sessão 4</b>		PTS. MAX: 1,00	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
4.a)	0,20		
4.b)	0,20		
4.c)	0,10		
4.d)	0,40		
4.e)	0,40		
4.f)	0,30		
4.g)	0,00		

<b>Sessão 5</b>		PTS. MAX: 1,50	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
5.a1)	0,50		
5.a2)	0,50		
5.b)	0,50		
5.c)	0,50		
5.d)	0,00		

<b>Sessão 6</b>		PTS. MAX: 1,50	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
6.a)	0,40		
6.b)	0,40		
6.c)	0,20		
6.d1)	0,50		
6.d2)	0,50		
6.e)	0,50		
6.f)	0,00		

<b>Sessão Extra</b>		PTS. MAX: 0,50	PTS. PROV.
Item	Valor	Pág. Comprovantes	Avaliador
7.a)	0,50		

<b>TOTAL DE PONTOS PROVISÓRIOS:</b>		
<b>AVALIADOR PRINCIPAL:</b> (assinatura e identificação)		