

## ANEXO II

### FICHA DE VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

E-mail:	
Nome completo:	
Sexo: ( ) feminino ( ) masculino	
Data de nascimento:	Idade:
RG:	CPF:
Endereço completo:	
Município:	Região de Saúde:
Função atual:	Carga Horária:
Graduação 1:	
Graduação 2:	
Graduação 3:	
Especialização 1:	
Especialização 2:	
Especialização 3:	
Mestrado:	
Doutorado:	
Vaga pretendida:	
Conhece o COSEMS/RS? ( ) Sim ( ) Não	
Possui experiência comprovada em Gestão? ( ) Sim ( ) Não	
Caso tenha assinalado SIM na questão anterior, qual o tempo de experiência em Gestão?	
_____	
Em caso afirmativo, quais foram (são) suas principais atividades de Gestão?	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	