**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÓRGÃO EXPEDITOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE EMISSÃO DO RG: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANO DE FORMATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO:

 RESIDÊNCIA ( ) SIM ( ) NÃO

ÁREA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SUBESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU ( ) SIM ( ) NÃO

ÁREA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MESTRADO ( ) SIM ( ) NÃO

ÁREA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DOUTORADO ( ) SIM ( ) NÃO

ÁREA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É DOCENTE DA UFERSA ( ) SIM ( ) NÃO

 SE SIM, 20H ( ) 40H ( ) DE ( )

É PROFISSIONAL DA REDE LOCAL DE SAÚDE (ESTADUAL/MUNICIPAL)

( ) SIM ( ) NÃO

 SE SIM, QUAL SERVIÇO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_