

ANEXO 5 - Formulário de Inscrição

I. Dados pessoais			
Nome completo: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Nome Social: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
RG: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Órgão emissor: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Data de emissão: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
CPF: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Data nascimento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Estado civil: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nacionalidade: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Naturalidade: <input style="width: 100%;" type="text"/>	UF: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Cor/raça/etnia: <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Quilombola			
Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Homem cis <input type="checkbox"/> Homem trans <input type="checkbox"/> Mulher cis <input type="checkbox"/> Mulher trans <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> pessoa não binária <input type="checkbox"/> Não desejo declarar <input type="checkbox"/> Outro: <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Nº registro profissional: <input style="width: 150px;" type="text"/>		CRNM ou Passaporte: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Filiação: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Endereço residencial: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Compl.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Bairro: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cidade/UF: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
CEP: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fone res.: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Você vai concorrer para a vaga para: <input type="checkbox"/> Médicos PMMB OU <input type="checkbox"/> Multiprofissionais			
Deseja concorrer a vaga de Programa de Qualificação Interna (PQI): <input type="checkbox"/> Sim OU <input type="checkbox"/> Não			
Deseja concorrer às vagas de ações afirmativas: <input type="checkbox"/> Sim OU <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual: <input type="checkbox"/> pessoa negra (preta/parda) <input type="checkbox"/> pessoa indígena <input type="checkbox"/> pessoa quilombola <input type="checkbox"/> pessoa com deficiência <input type="checkbox"/> pessoa trans <input type="checkbox"/> Outro: <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Precisa de atendimento especial no dia da prova (condição especial): <input type="checkbox"/> Sim OU <input type="checkbox"/> Não Se sim, informe a necessidade: <input style="width: 500px;" type="text"/>			

II. Formação acadêmica	
Graduação: <input type="text"/>	Ano de Conclusão: <input type="text"/>
Instituição: <input type="text"/>	Cidade / UF: <input type="text"/>
Pós-graduação de maior titulação: <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado	
Instituição/área: <input type="text"/>	
Duração: <input type="text"/>	Ano de conclusão: <input type="text"/>
III. Atividades profissionais atuais	
Cargo/função: <input type="text"/>	Carga horária semanal: <input type="text"/>
Instituição: <input type="text"/>	Cidade/UF: <input type="text"/>
Cargo/função: <input type="text"/>	Carga horária semanal: <input type="text"/>
Instituição: <input type="text"/>	Cidade/UF: <input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cidade/Estado	Data