

Edital n. 04/2020
ANEXO 1 – FICHA DE INSCRIÇÃO

A inscrição somente será realizada com o preenchimento completo do Anexo I. Assinale a categoria de inscrição da pessoa física selecionando apenas uma opção para o campo profissão e até três opções para os campos especialidade ou área de atuação.

| | | |
|---|--|--|
| PROFISSÃO | | |
| <input type="checkbox"/> médico psiquatra | | |
| ESPECIALIDADE | | |
| <input type="checkbox"/> psicogeriatría | <input type="checkbox"/> psicoterapia | <input type="checkbox"/> psiquiatria da infância e da adolescência |
| <input type="checkbox"/> medicina do sono | <input type="checkbox"/> outras. Descrever: _____ | |

| | | |
|---|--|---|
| PROFISSÃO | | |
| <input type="checkbox"/> psicólogo | | |
| ÁREA DE ATUAÇÃO | | |
| <input type="checkbox"/> psicologia clínica | <input type="checkbox"/> gestalt terapia | <input type="checkbox"/> terapia cognitiva e comportamental |
| <input type="checkbox"/> psicodrama | <input type="checkbox"/> psicologia hospitalar | <input type="checkbox"/> psicomotricidade |
| <input type="checkbox"/> psicopedagogia | <input type="checkbox"/> arteterapia | <input type="checkbox"/> musicoterapia |
| <input type="checkbox"/> teatro | <input type="checkbox"/> neuropsicologia | |

| | | |
|---|---|--|
| PROFISSÃO | | |
| <input type="checkbox"/> enfermeiro | | |
| ÁREA DE ATUAÇÃO | | |
| <input type="checkbox"/> gestão em saúde | <input type="checkbox"/> saúde mental | <input type="checkbox"/> saúde da família |
| <input type="checkbox"/> atendimento psicossocial | <input type="checkbox"/> métodos terapêuticos | <input type="checkbox"/> urgência e emergência |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| DADOS PESSOAIS | |
| Nome: | |
| CPF: | RG: |
| Data de Nascimento: | |
| Registro no Conselho Profissional: | |
| E-mail: | Telefone: |

Solicito no ato da entrega da inscrição, autenticação administrativa mediante apresentação do original, dos documentos sob folhas:

Data:
Nome:
Assinatura: