

**ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**EDITAL DE PRECEPTORIA MÉDICA – BPMED 08/2024**

Nome do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

Identidade (RG): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CRM-MG : \_\_\_\_\_

Especialidade Médica: \_\_\_\_\_

Internato para o qual está se candidatando:

- ☐ Internato em Atenção Secundária
- ☐ Internato em Saúde Mental
- ☐ Internato em Urgência e Emergência no SUS

Identificação do Local no qual está lotado e onde as atividades de preceptoría serão desempenhadas:  
\_\_\_\_\_.

Disponibilidade para atividades de preceptoría: ( ) 10 horas ( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura