

**INSCRIÇÃO SELEÇÃO DE ESTÁGIO GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DE MINAS GRAIS**

**MODELO DADOS DE INSCRIÇÃO SOLICITADOS NO FORMULÁRIO ELETRÔNICO**

**1 – INSCRIÇÃO**

Instituição: \_\_\_\_\_  
Número de matrícula: \_\_\_\_\_ Período do curso: \_\_\_\_\_ Previsão formatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Cart. Identidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**ASSINALAR ABAIXO UMA ÁREA DE ATUAÇÃO INSCRITA:**

- ( ) FARMÁCIA CLÍNICA HOSPITALAR  
( ) FARMÁCIA AMBULATORIAL  
( ) CAF  
( ) ANÁLISES CLÍNICAS

**DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:**

SEGUNDA \_\_\_\_ às \_\_\_\_ TERÇA \_\_\_\_ às \_\_\_\_ QUARTA \_\_\_\_ às \_\_\_\_

QUINTA \_\_\_\_ às \_\_\_\_ SEXTA \_\_\_\_ às \_\_\_\_

( ) Declaro expressamente e sob as penas da lei que não pertenço à população de risco para Covid-19 e que tenho plenas condições físicas e mentais de exercer as atividades no Hospital Militar.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Candidato(a)

**Pág 2 em diante – Currículo conforme recomendações abaixo:**

**Não serão avaliados currículos apresentados em padrão divergente ou com informações incompletas.**

## **2 – DADOS CURRICULARES**

### **2.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Universidade – Curso

Carga horária concluída -

Previsão de formatura -

### **2.2 – FORMAÇÃO COMPLEMENTAR**

#### **2.2.1 – CURSOS EXTRA-CURRICULARES**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição atividade - Instituição

#### **2.2.2 \_ ESTÁGIOS CURRICULARES**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição atividade - Instituição

#### **2.2.3 \_ ESTÁGIOS EXTRA-CURRICULARES**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição atividade - Instituição

#### **2.2.4 – INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição atividade - Instituição

#### **2.2.5 \_ ATIVIDADES DE EXTENSÃO**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição atividade - Instituição

#### **2.2.6 – PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS**

Data de Início – Data Término – Carga Horária Total realizada – Descrição evento - Instituição – Categoria de participação (ouvinte ou apresentador/palestrante)

#### **2.2.7 – ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS**

Data de Início – Data Término – Descrição evento - Instituição –

#### **2.2.8 – PUBLICAÇÕES**

referenciar

#### **2.2.9 – OUTROS**

### **OBSERVAÇÕES:**

1 - Para **TODAS** atividades complementares relacionar: **data de início e término, carga horária TOTAL, Descrição da atividade/estágio, instituição/Local:**

2 – Anexar os devidos comprovantes digitalizados;

3 – Requisitos para candidatos (anexar histórico escolar):

\* Análises Clínicas: Tenha cursado ou esteja cursando no mínimo as disciplinas: Hematologia clínica, Microbiologia/Bacteriologia clínica, Parasitologia clínica, Bioquímica clínica;

\* Farmácia Hospitalar: Tenha cursado ou esteja cursando a disciplina de Farmácia Hospitalar.