MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

## FACULDADE DE MEDICINA

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFG

#### **PROCESSO DE SELEÇÃO DE CANDIDATOS - FICHA DE INSCRIÇÃO**

#### Obs: favor preencher com letra legível ou digitar todos os campos.

Nível: ( )MESTRADO ( )DOUTORADO

COR/RAÇA: ( ) Amarelo; ( )Branco; ( )Indígena; ( ) Pardo; ( ) Preto; ( ) Quilombola; ( )Não que declarar cor/raça

FEZ ENSINO MÉDIO: ( ) ESCOLA PÚBLICA; ( ) ESCOLA PRIVADA

PERÍODO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. DE INSCRIÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_

Telefones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_Naturalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carteira de Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_órgão expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Formação: Graduação de nível superior em:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano:\_\_\_\_\_

Outro Curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupação atual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carga horaria semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição/órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_desde:\_\_\_\_\_\_

Outra ocupação atual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição/ órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carga horaria semanal:\_\_\_\_\_\_\_\_

Carga horaria semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professor (a) Orientador (a) Proposto (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Linha de Pesquisa do Orientador (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área de Concentração

1 – Dinâmica do Processo Saúde-Doença ( )

2 – Patologia, Clínica e Tratamento das Doenças Humanas ( )

***DOCUMENTAÇÃO ANEXADA*** ***PARA O NÍVEL DE MESTRADO***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ( ) | formulário de inscrição preenchido e assinado; preenchimento do termo de autodeclaração étnico-racial, quando pertinente; |
|  | ( ) | cópia da carteira de identidade e do CPF |
|  | ( ) | cópia dos diplomas de graduação ou documentos equivalentes; |
|  | ( ) | cópia do histórico escolar dos cursos de graduação; |
|  | ( ) | currículo no modelo Lattes, na íntegra, atualizado até a data de inscrição (últimos 5 anos); |
|  | ( ) | formulário para auto-pontuação do curriculum vitae, com comprovantes, PREENCHIDO RIGOROSAMENTE conforme orientação (últimos cinco anos); |
|  | ( ) | justificativa da escolha do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sua importância no projeto de vida do candidato; o problema de pesquisa que pretende investigar, sua relevância e viabilidade (limitado a uma página A4, margem de 3, com letra Arial e espaçamento 1,5); |
|  | ( ) | ciência do docente do programa que o candidato concorrerá a uma vaga sob sua orientação; |
|  | ( ) | ciente da chefia imediata do local de trabalho atual a respeito da candidatura ao mestrado e dos compromissos semanais de dedicação ao PPG, em caso de aprovação. |
|  | ( ) | documento do candidato com o compromisso da carga horária semanal dedicada ao Programa (termo de compromisso de próprio punho) |
|  | ( ) | uma foto ¾ recente; |
|  | ( ) | comprovante de pagamento da taxa de inscrição no valor de R$ 200,00 (duzentos reais) |
|  | ( ) | Pré-projeto de pesquisa |

##### DOCUMENTAÇÃO ANEXADA: PARA O NÍVEL DE DOUTORADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ( ) | formulário de inscrição preenchido e assinado; preenchimento do termo de autodeclaração étnico-racial, quando pertinente; |
|  | ( ) | cópia da carteira de identidade e do CPF |
|  | ( ) | cópia dos diplomas de graduação e de mestrado ou documentos equivalentes; |
|  | ( ) | cópia do histórico escolar do curso de mestrado; |
|  | ( ) | currículo no modelo Lattes, na íntegra, atualizado até a data de inscrição (últimos 5 anos); |
|  | ( ) | formulário para auto-pontuação do curriculum vitae, com comprovantes, PREENCHIDO RIGOROSAMENTE conforme orientação (últimos cinco anos); |
|  | ( ) | justificativa da escolha do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sua importância no projeto de vida do candidato; o problema de pesquisa que pretende investigar, sua relevância e viabilidade (limitado a uma página A4, margem de 3, com letra Arial e espaçamento 1,5); |
|  | ( ) | ciência do docente do programa que o candidato concorrerá a uma vaga sob sua orientação; |
|  | ( ) | ciente da chefia imediata do local de trabalho atual a respeito da candidatura ao doutorado e dos compromissos semanais de dedicação ao PPG, em caso de aprovação. |
|  | ( ) | documento do candidato com o compromisso da carga horária semanal dedicada ao Programa (termo de compromisso de próprio punho) |
|  | ( ) | uma foto ¾ recente; |
|  | ( ) | comprovante de pagamento da taxa de inscrição no valor de R$ 200,00 (duzentos reais) |
|  | ( ) | Projeto de pesquisa |

Para os candidatos que realizaram a prova de inglês nos últimos 4 (quatro – 2015, 2016, 2017 e 2018) processos seletivos do PPGCS:

( ) opto por utilizar a nota anterior

( ) opto por realizar nova avalição

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que concordo com as normas estabelecidas no Edital de Seleção.

Observação: **Toda documentação exigida deve ser entregue em blocos separados**

Goiânia,\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2019.

Assinatura do Candidato (a)