



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOUTORAL (RPD)

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO:

DADOS PESSOAIS

| | |
|----------------------|----------------------|
| NOME | CPF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|---|--|
| SEXO | ESTADO CIVIL |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Não Definido |

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NASCIMENTO | | | |
| DATA | CIDADE | UF | PAÍS |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

| | |
|--|---|
| SITUAÇÃO DE NACIONALIDADE | |
| <input type="checkbox"/> Brasileiro Nato <input type="checkbox"/> Brasileiro Naturalizado <input type="checkbox"/> Estrangeiro | PAÍS (se estrangeiro): <input type="text"/> |

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE (somente brasileiros) | | |
| <input type="text"/> | EMISSOR | UF |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| IDENTIFICAÇÃO DE ESTRANGEIRO E SITUAÇÃO NO PAÍS | | |
| PASSAPORTE OU RNE | VALIDADE | CLASSIFICAÇÃO DO VISTO DE ENTRADA NO BRASIL |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CONCESSÃO DO VISTO DE ENTRADA | VALIDADE DO VISTO DE ENTRADA | PRORROGAÇÃO(ÕES) DO VISTO DE ENTRADA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil) | | | |
| LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc.) | N.º | COMPLEMENTO | BAIRRO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CIDADE | UF | CEP | TELEFONES |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | |
| Deseja informar sua raça/cor? | <input type="checkbox"/> Sim | Qual? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Não |
| Como avalia sua capacidade para: | 1. Enxergar: | <input type="checkbox"/> Incapaz | <input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente | <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente |
| | 2. Ouvir: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Locomover-se: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tem alguma das seguintes deficiências? | <input type="checkbox"/> Paralisia permanente total | <input type="checkbox"/> Paralisia permanente das pernas | <input type="checkbox"/> Nenhuma das enumeradas | |
| | <input type="checkbox"/> Paralisia permanente de um dos lados do corpo | <input type="checkbox"/> Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar | | |

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| INFORMAÇÕES SOBRE DOUTORADO | | |
| PERÍODO DE CONCLUSÃO | CURSO | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| ESTABELECIMENTO: | | |
| CIDADE | ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC. | PAÍS |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

APROVAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VINCULAÇÃO NA UFMG

[preenchimento exclusivo pela secretaria do programa de pós-graduação* em que será realizada a residência]

▶ **RESIDÊNCIA APROVADA EM REUNIÃO DE COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM:** / /

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| CURSO DA VINCULAÇÃO | PERÍODO DE VINCULAÇÃO |
| CÓDIGO NOME | DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PROFESSOR SUPERVISOR | DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA: |
| INA (opcional) NOME COMPLETO | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | |

FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.

* TODOS OS CAMPOS DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA (EXCETO INA) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. MAIS INFORMAÇÕES, VER RES. 02/2017-CONS. UNIVERSITÁRIO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE
DATA DE PREENCHIMENTO: / /

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO PROGRAMA
DATA DE REQUERIMENTO: / /

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]: