



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

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	

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): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (somente brasileiros)	EMISSOR	UF

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRANGEIRO E SITUAÇÃO NO PAÍS		
PASSAPORTE OU RNE	VALIDADE	CLASSIFICAÇÃO DO VISTO DE ENTRADA NO BRASIL
CONCESSÃO DO VISTO DE ENTRADA	VALIDADE DO VISTO DE ENTRADA	PRORROGAÇÃO(ÕES) DO VISTO DE ENTRADA

ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil)			
LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc.)	N.º	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP	TELEFONES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
Deseja informar sua raça/cor?	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <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 <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente	2. Ouvir: <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente	3. Locomover-se: <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente
----------------------------------	---	--	---

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

ESTABELECIMENTO:		
CIDADE	ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC.	PAÍS

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:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--

CURSO DA VINCULAÇÃO	PERÍODO DE VINCULAÇÃO	
CÓDIGO	DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
NOME	DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.	

PROFESSOR SUPERVISOR		
INA (opcional)	NOME COMPLETO	

* TODOS OS CAMPOS DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA (EXCETO INA) SÃO DE PREENCHIMENTO **OBRIGATÓRIO**. MAIS INFORMAÇÕES, VER RES. 04/2009-CONS. UNIVERSITÁRIO.

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

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

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]:
