



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 M F **ESTADO CIVIL** Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Viúvo(a) Não Definido

NASCIMENTO
DATA: ____/____/____ CIDADE: _____ UF: ____ PAÍS: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

SITUAÇÃO DE NACIONALIDADE
 Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado 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? Sim Qual? _____ Não

Como avalia sua capacidade para:
1. Enxergar: Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade permanente
2. Ouvir: Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade permanente
3. Locomover-se: Incapaz Grande dificuldade permanente Alguma dificuldade permanente Nenhuma dificuldade permanente

Tem alguma das seguintes deficiências?
 Paralisia permanente total Paralisia permanente das pernas Nenhuma das enumeradas
 Paralisia permanente de um dos lados do corpo 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:** ____/____/____

CURSO DA VINCULAÇÃO
CÓDIGO _____ NOME _____

PERÍODO DE VINCULAÇÃO
DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA: ____/____/____
DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA: ____/____/____

PROFESSOR SUPERVISOR
INA (opcional) _____ NOME COMPLETO _____

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]: