



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

## REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL (RPD)

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO:

### DADOS PESSOAIS

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

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>SEXO</b>   | <b>ESTADO CIVIL</b>  |  |  |  |  |
| <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**

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 |
| <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

          

CIDADE    UF    CEP    TELEFONES

          

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Deseja informar sua raça/cor?     Sim    Qual?      Não

Como avalia sua capacidade para:

|                  |                                  |  |   |
|------------------|----------------------------------|--|---|
| 1. Enxergar:     | <input type="checkbox"/> Incapaz | <input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente | <input type="checkbox"/> Nenhuma 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?

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:**  /  /

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