| **( ) Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública** |
| --- |
| **Identificação** |
| Nome Completo: .................................................................................................................................................................................  Sexo: ( ) F ( ) M Estado Civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outros  Nome do Pai: ..................................................................................... Nome da Mãe.............................................................................  Data de Nascimento: ........./........./........... País: ........................................Nacionalidade: ..................................................................  Contato:...............................................................................  Município: .............................. UF:................ E-mail: ............................................................................................................................  Raça/Cor: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( )  Pessoa com deficiência: Sim ( ) Não ( ) |
| **Residência** |
| Rua/Av: ............................................Nº. ................Compl: ....................................................................................................................  Bairro:.........................................Município:...................................UF:.................. CEP:.........................................................................  Telefone(s):................................................Celular:........ ...........................................E-mail: ................................................................. |
| **Dados Profissionais** |
| Profissão: ..............................................................................Cargo: .......................................................................................................  Empresa: .................................................................................................................................................................................................  Rua/Av: ......................................................................................................................................... Nº ..................................................  Compl: ..................................................................................... Bairro: ...................................................................................................  Município: ....................................................................................................................UF .....................................................................  CEP: ...........................Telefone(s): ............................................................................. Fax: .................................................................... |
| **Documentação** |
| Carteira de Identidade: Tipo: ( ) civil ( ) militar ( ) profissional Número: ...................................................................................  Órgão Emissor: .................................................... UF: ...........Expedição: ............/ ........... / ...........CPF: ............................................  Título de Eleitor: nº. ........................................................................................... Zona: .................Seção: .............................................  Documento Militar: nº. .............................................. Série: ............ Expedição: . ....../......../.......... RM .................... CSM ................  Certificado de Reservista: nº. .............................Série: ................CAT...............Expedição: ...../....../........RM.............CSM................... |
| **Formação Anterior (Graduação)** |
| Graduação:.............................................................................................................................................................................................  IES: .........................................................................................................................................................................................................  Tipo: ( ) Pública ( ) Particular Ano de conclusão: ...................País.....................................................................................  Município ....................................................................................UF ...................................................................................................... |
| **Documentação apresentada** |
| 1. ( ) Formulário de matrícula devidamente preenchido (anexo); 2. ( ) Uma foto 3x4 (preferência nesse formato); 3. ( )  CPF; 4. ( ) Título eleitoral com comprovante da última votação, ou certidão de quitação eleitoral;  5. ( ) Certificado de reservista (ou qualquer outro documento militar válido) – somente para homens; 6. ( ) Diploma e Histórico escolar da graduação emitido pela secretaria da instituição, ou órgão equivalente; 7. ( ) Comprovante de endereço recente – últimos três meses; 8. ( ) Registro no Conselho Regional de Enfermagem; 9. ( ) Declaração de ciência do responsável pela instituição na qual o(a) candidato(a) possui vínculo apontando autorização e flexibilização de horário para cursar o mestrado profissional; 10 ( ) Carta de compromisso do candidato com o curso de Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública -UEA, conforme a  ANEXO VIII (anexo).  11.( ) PCD - Laudo médico ou parecer emitido por equipe   multiprofissional emitido nos últimos três meses.  12.( ) Se estrangeiro, folha de identificação do passaporte (cópia autenticada) |