# BRASAO UFBA_marcaUNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

# Fundada em 18 de Fevereiro de 1808

Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA MATRICULA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nacionalidade** | | | | |  | | | | | | | **Data de Nascimento** | | | | | | |  | | |
| **Naturalidade** | | | | |  | | | | **Estado** | |  | | | | **Estado Civil** | | | |  | | |
| **Diplomado em** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **Ano/semestre** | |  |
| **Instituição** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Carteira de Identidade nº.** | | | | | |  | | | | | | | **Órgão Emissor** | | | | | |  | | |
| **UF** | |  | | | | | | | | **Data de Emissão** | | | | | | |  | | | | |
| **Título de Eleitor nº.** | | | | | |  | | | | **Zona** | | | |  | | | | | **Seção** |  | |
| **CPF** | | |  | | | | | | | **Carteira de Reservista nº.** | | | | | | | | |  | | |
| **Nome da Mãe** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Pai** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Escola de Conclusão do Ensino Médio:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo da Escola de Ensino Médio:** | | | | | | **( ) publica ( ) privada** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Possui algum tipo de Necessidade Especial:** | | | | | | **( ) sim ( ) não** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Raça/Etnia:** | | | | | | **( ) Amarelo ( ) Branco ( ) Indígena ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Remanescente Quilombo** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço residencial completo** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEP** |  | | | | | | **Cidade** |  | | | | | | | | **Estado** | |  | | | |
| **Tel. Residencial** | | | |  | | | | | | **Tel. Celular** | | | |  | | | | | | | |
| **E-mail letra forma** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autorização - Aluno Especial de PÓS-GRADUAÇÃO

**Curso de: Medicina e Saúde Semestre /**

Autorizo o(a) Sr(a) a efetivar inscrição na(s) disciplina(s) / turma abaixo descriminada(s) na Categoria de Aluno Especial.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISCIPLINA** | | **TURMA** | | |
| **CÓDIGO** | **NOME** | **T** | **P** | **E** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Salvador, de de

Assinatura do(a) Requerente Assinatura e Carimbo do(a) Coordenador do Curso

**OBS.: A)** O Aluno Especial poderá cursar até 04 (quatro) disciplinas**, *matriculando-se no máximo em 02 (duas) disciplinas por semestre*** - § 1º do Artigo 14 das Normas Complementares dos Cursos de Pós Graduação**.**

1. ***Toda solicitação deverá ser acompanhada da Guia de Recolhimento referente à taxa de inscrição para essa seleção e Cópia de documento de Identidade e CPF (uma taxa de inscrição para cada seleção, se as disciplinas forem de programas de Pós-Graduação distintos).***
2. A efetivação de matrícula será feita no **COLEGIADO DE CURSO** em data especificada no Calendário Universitário, para a qual o aluno deverá pagar a **taxa de matrícula**, de acordo com o nível da Pós-Graduação, **a ser encaminhada pelo Colegiado à SGC**, para que seja mantida a sua matrícula na(s) disciplina(s). Mesmo para mais de uma disciplina, **a taxa de matrícula é única**.
3. **D)** O não comparecimento do candidato na data de efetivação de matrícula se caracterizará como desistência.
4. Esta autorização não poderá conter rasuras e deverá ser remetida pelo Colegiado à SGC, no prazo definido no Calendário.