**FICHA DE INSCRIÇÃO/CADASTRO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**MESTRADO ( ) DOUTORADO ( )**

|  |  |
| --- | --- |
| **MATRÍCULA\*:** | **INCRIÇÃO SGPG\*:** |

**\*NÃO PREENCHER**

**1. Dados pessoais:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | | | | | | |
| Filiação – Nome do pai: | | | | | | | | | | |
| Nome da mãe: | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | Naturalidade: | | | Nacionalidade: | | | |
| Identidade: | | | | Órgão expedidor: | | | | | Estado: | |
| Estado Civil: | CPF: | | | | | CRM: | | | Estado: | |
| Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena | | | | | | | | | | |
| Portador de deficiência: ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| Endereço (nº, bl, apto): | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | CEP: | | | Cidade: | | | | | Estado: |
| Tel1.: ( ) | | | Tel2.: | | | | | Cel.: | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | |

**2. Dados profissionais e acadêmicos:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Local de Trabalho: | | | | Data da admissão: / / | |
| Endereço: | | | | | Nº |
| Bairro: | | CEP: | Cidade: | | |
| Tel.: | E-mail: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de Graduação: | | | | | | | | | |
| Universidade: | | | | | | | | | |
| Estado: | Ano de início: | | | | | Ano de conclusão: | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fez Iniciação Científica na graduação: ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | Recebeu bolsa de estudos: ( ) Sim ( ) Não | | |
| Se **SIM**, qual a agência: ( ) CNPq ( ) CAPES ( ) FAPERJ | | | | | | | | Outra.Qual? | |
|  | | | | | | | | | |
| Residência médica: ( ) Sim ( ) Não | | | | Instituição: | | | | | Estado: |
| Ano de início: | | Ano de conclusão: | | | Especialidade: | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| Mestrado: ( ) Sim ( ) Não | | | Instituição: | | | | | | Estado: |
| Nome do programa: | | | | | | | | | |

**3. Dados relacionados ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas:**

|  |
| --- |
| Professor orientador: |
| Professor coorientador ( )/orientador externo ( )\*\*: |
| Instituição: |
| Professor coorientador 2\*\*: |
| Instituição: |
| Como pretender custear o curso: ( ) Bolsa de estudos ( ) Recursos próprios |
| Vaga de ações afirmativas: ( ) Sim ( ) Não / Se sim, qual? ( ) Étnico-racial ( ) Pessoa com deficiência |

**\*\* Casa haja Coorientador/Orientador externo, anexar: cadastro de Coorientador e Declaração de Compromisso de Coorientação**

**Título do projeto de pesquisa (se houver)**

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