



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: ____/____/____

PROFESSOR SUPERVISOR INA (opcional) _____ NOME COMPLETO _____ DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA: ____/____/____
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]: