



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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROFESSOR SUPERVISOR**  
INA (opcional) \_\_\_\_\_ NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

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]: