



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

**REQUERIMENTO DE REGISTRO
RESIDÊNCIA PÓS-DOUTORAL (RPD)**

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 _____
CONCESSÃO DO VISTO ____/____/____ VALIDADE DO VISTO ____/____/____ PRORROGAÇÃO DO VISTO _____ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil)
LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc) _____ N.º _____ COMPL. _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF ____ CEP _____ TELEFONES _____INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Deseja informar sua raça/cor? Sim Qual? _____ NãoComo 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 permanenteTem 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 polegarINFORMAÇÕES SOBRE DOUTORADO
PERÍODO DE CONCLUSÃO _____ CURSO _____ESTABELECIMENTO: _____
CIDADE _____ ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC. _____ PAÍS _____**DADOS DE VINCULAÇÃO NA UFMG**

[preenchimento exclusivo pela secretaria do programa de pós-graduação em que será realizada a residência]

CURSO
CÓDIGO _____ NOME _____PROFESSOR SUPERVISOR
INA (opcional) _____ NOME COMPLETO _____**PERÍODO DE VINCULAÇÃO**

DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA: _____/_____/____

DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA: _____/_____/____

FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE _____

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO CURSO _____

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

DATA DO REQUERIMENTO: ____/____/____

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]: