



## COMUNICADO SOBRE A MATRÍCULA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE) – TURMA MULTIPROFISSIONAL

A Universidade Federal do Piauí - Campus Ministro Reis Velloso, através da Coordenação Acadêmica Institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), comunica que a **matrícula institucional** será realizada no período de **30/junho a 15/julho de 2020**. Os candidatos aprovados/classificados deverão enviar os documentos enumerados abaixo em **arquivo único (formato .pdf)**.

- **FICHA DE MATRÍCULA** (ANEXO I – devidamente preenchida em letra de forma e com reconhecimento de firma)
- 01 (uma) foto 3x4;
- Cópias digitais do CPF, RG, título de eleitor e comprovante de residência;
- Cópias digitais do diploma de graduação ou certidão original e histórico escolar de graduação;
- Cópia digital do comprovante de quitação com o serviço militar (para os candidatos do sexo masculino);
- Cópia digital da certidão de casamento, caso haja mudança de nome;
- Declaração de conhecimento do artigo 29 da Resolução nº 189/07 – CEPEX, **com firma reconhecida em cartório**, disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/cpg/arquivos/files/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Conhecimento.pdf> (disponível do site do Programa de Pós-Graduação Saúde da Família PROFSAÚDE – UFPI).

Parnaíba (PI), 27 de maio de 2020



## ANEXO I

### MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE 2019-2020 FICHA DE MATRÍCULA - 2019

NOME: \_\_\_\_\_

ASSOCIADA / POLO: Universidade Federal do Piauí – UFPI.

FIOCRUZ RJ

POLO:  ALAGOAS  ESPÍRITO SANTO  PERNAMBUCO  SERGIPE  
 MATO GROSSO

FIOCRUZ MANAUS

POLO:  AMAZONAS  AMAPÁ

FIOCRUZ BRASILIA

FIOCRUZ CEARÁ

FIOCRUZ PERNAMBUCO

MATO GROSSO DO SUL

CPF Nº \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_, ÓRGÃO  
EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_, DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DE  
NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, NATURALIDADE: \_\_\_\_\_,  
CIDADE DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_, SEXO: \_\_\_\_\_,  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_, RESIDENTE À  
\_\_\_\_\_, Nº  
\_\_\_\_\_, COMPLEMENTO, \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CIDADE  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, TELEFONE RESIDENCIAL (COM DDD)  
\_\_\_\_\_  
CELULAR \_\_\_\_\_,

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DADOS DA GRADUAÇÃO – CURSO: \_\_\_\_\_

IES: \_\_\_\_\_ ANO TITULAÇÃO: \_\_\_\_\_

VINCULO EMPREGATÍCIO -

INSTITUIÇÃO/LOCAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_.

**VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA, 2019.**

**NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato(a)