

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,  
Informação e Comunicação



## ANEXO I

Os candidatos selecionados para matrícula deverão entregar, no endereço informado abaixo, todos os documentos exigidos listados (informar no envelope: Matrícula Curso de Mestrado Profissional PROFSaúde).

### **LOCAL PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA - ENVIAR POR SEDEX:**

#### **PROFSaúde - Departamento de Medicina Social**

Av. Duque de Caxias, 250 – 3º piso. Fragata.

Pelotas, RS

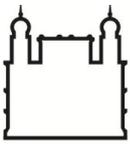
CEP 96030-000

**Período de Matrícula:** 27/03/2017 a 04/04/2017

### **DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA:**

- a) **FICHA DE MATRÍCULA** (ANEXO II – devidamente preenchida em letra de forma)
- b) **Fotocópia autenticada e legível do Diploma de Graduação** (frente e verso na mesma folha). No caso de candidato que tenha obtido sua graduação no exterior, este deverá apresentar cópia autenticada de seu diploma devidamente revalidado por universidade brasileira.
- c) **Fotocópia autenticada e legível de documento de Identidade em que conste o campo naturalidade** (frente e verso na mesma folha).
- d) **Fotocópia autenticada e legível do CPF** (frente e verso na mesma folha). Dispensado caso conste o número na Carteira de Identidade.
- e) **Fotocópia legível da Certidão de Casamento**, caso haja mudança de nome.

**NOTA:** as fotocópias devem ser encaminhadas em **papel A4 na cor branca**.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,  
Informação e Comunicação



## MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE / 2017

### FICHA DE MATRÍCULA - 2017

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

**ASSOCIADA / POLO:** Universidade Federal de Pelotas-UFPeI

**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, 2017.**

**NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura Candidato(a)