**MATRÍCULA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Universidade Federal do Rio de Janeiro**  **Centro de Ciências da Saúde**  **Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho**  **Coordenação de Pós-Graduação**  C:\Users\Pós-graduação\Google Drive\ASSINATURAS E LOGOS\ufrj100anos.png  **PROGRAMA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS (FISIOLOGIA)** | | | |
| DADOS PRINCIPAIS: | | | |
| Nível: ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Doutorado Direto | | | |
| Mês/Ano de ingresso: | | | |
| **DADOS PESSOAIS:** | | | |
| foto 3 x 4 | Nome completo: | | |
| Nome do Pai: | | |
| Nome da Mãe: | | |
| Data de nascimento: Estado civil: | | |
| Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena | | |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| Possui deficiência? ( ) Sim ( ) Não | | |
| Caso Afirmativo, qual? | | |
| Tipo sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O | | |
| Fator RH: ( ) Positivo ( )Negativo | | |
| Nacionalidade: ( ) Brasileiro Nato ( ) Brasileiro naturalizado | | |
| ( ) Equiparado ( ) Estrangeiro | | |
| Naturalidade: Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Se estrangeiro, país de origem: | | |
| Ano de chegada ao Brasil: | | |
| **AÇÕES AFIRMATIVAS:** | | | |
| Concorre a vaga de deficiente? ( ) Sim ( ) Não Lei Nº: | | | |
| Concorre a vaga de negro, pardo ou indígena? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| **PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL (PQI):** | | | |
| Concorre ao PQI? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| **ENDEREÇOS:** | | | |
| Logradouro: | | | |
| Nº: Complemento: | | | |
| Bairro: | | Município: | |
| Estado: | | CEP: | |
| Telefone Residencial: ( ) | | Telefone Celular: ( ) | |
| E-mail: | | | |
| **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:** | | | |
| **CPF:** \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Carteira de identidade** Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Órgão emissor: ( ) SECC ( ) SESP ( ) Outro, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da emissão: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Título eleitoral** Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seção: Zona: Estado: | | | |
| **Se estrangeiro, preencher:** | | | |
| Número do Passaporte: | | | Data da expedição: |
| Órgão expedidor: | | | Número do visto: |
| Tipo do Visto: | | | Duração do visto: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Certificado Militar Nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_  Órgão: ( ) Ministério da Aeronáutica ( ) Ministério do Exército ( ) Ministério da Marinha  ( ) Corpo de Bombeiros ( ) Polícia Militar  O certificado é de dispensa? ( ) Sim ( ) Não | | |
| **FORMAÇÕES ANTERIORES:** | | |
| Fez Iniciação Científica: ( ) Sim ( ) Não | | |
| Local da realização: | | |
| Orientador: | | |
|  | | |
| **Que curso de Graduação você fez?** | | |
| Universidade: Estado: | | |
| Início do curso: Término do curso: | | |
|  | | |
| **Curso de Pós-Graduação (Apenas para candidatos ao Doutorado)** | | |
| Nome do Programa de Mestrado: | | |
| Universidade: Estado: | | |
| Início do curso: Data da defesa: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | |
| Para candidatos que ainda não concluíram.  Previsão de defesa: \_\_\_/\_\_\_ | | |
|  | | |
| A Dissertação/Tese será realizada no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte | | |
| Possui atividade remunerada pública ou privada?  ( ) Sim ( ) Não Onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Salário bruto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Anexar contra-cheque) | | |
| **DADOS BANCÁRIOS:** | | |
| Banco do Brasil | Nome da agência: | |
| Código da Agência: | Número da conta: | |
| **DADOS DO ORIENTADOR:** | | |
| Nome completo: | | |
| E-mail: | | |

|  |
| --- |
| **Título provisório da dissertação/Tese:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

Datar,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato(a) Assinatura do orientador(a)

A CAPES SÓ PERMITE UM ORIENTADOR PRINCIPAL. CASO O CANDIDATO VENHA A TER DOIS ORIENTADORES, APÓS O RESULTADO, O ORIENTADOR SOLICITA A INCLUSÃO DO 2º ORIENTADOR.

**ESSA FICHA DEVERÁ SER DIGITADA E IMPRESSA EM MODO FRENTE/VERSO**.