



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 \_\_\_\_\_  
1000001

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. 04/2009-CONS. UNIVERSITÁRIO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE  
DATA DE PREENCHIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO PROGRAMA  
DATA DE REQUERIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]:

---

## Registro Acadêmico

- Documento de Identidade (caso o residente seja estrangeiro, deverá apresentar cópia da página de identificação do passaporte, página do visto e, se possuir, Cédula de Identificação de Estrangeiro emitida pela Polícia Federal);
- CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- Diploma de doutorado ou documento equivalente que comprove a conclusão do curso de doutorado (documentos que informem a necessidade de apresentação de versão final corrigida de tese como condição para fazer jus ao título de Doutor não serão aceitas);
- Comprovante de endereço no Brasil.
- E-mail: \_\_\_\_\_
- Agência de fomento e valor da bolsa: \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_
- Título do projeto a ser desenvolvido: \_\_\_\_\_

---

---

---