

**ANEXO VIII FICHA SEMESTRAL DE MATRÍCULA  
CURSO DE MESTRADO**

<http://w2.portais.atrrio.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/> (Admissão – Formulário);

**ANO: 2021 /1º SEMESTRE**

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ APT. \_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

TELEFONE CONVENCIONAL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-mail (usar letra de forma)

\_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:

PAI \_\_\_\_\_

MÃE \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATURALIDADE (CIDADE/UF): \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL: \_\_\_\_\_

CURSO DE GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_

POSSUI VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM( ) NÃO( )

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

**Vem requerer matricula ao Curso de Mestrado em Ciências da Saúde- UPE e declarar estar ciente:**

- Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado pelo aluno e orientador (modelo disponível: <http://w2.portais.atrrio.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/>);
- Comprovante de conclusão do curso de mestrado, com cópia do diploma ou declaração de conclusão do curso com colação de grau (1ª matrícula),
- Cópia de identidade, CPF, certidão de nascimento/casamento com autenticação, sem nenhuma pendência (exclusivamente na 1ª matrícula ou caso após mudança de nome após casamento).
- Declaração de quotista e comprovação: servidores da UPE, pessoa com Deficiência ou indígenas;
- Atesto que declarei todos os vínculos empregatícios que possuo;
- Declaro que são de minha inteira responsabilidade as informações que prestei referentes aos anexos V (Servidores da UPE), VI (Pessoa com Deficiência) e VII (auto declaração indígena) – exclusivamente na 1ª matrícula;
- Atesto que tenho ciência (a) que o curso de Mestrado em Ciências da Saúde ocorre em tempo INTEGRAL e assumo o compromisso de estar disponível para realizar todas as atividades do curso em, no máximo, 24 meses, conforme regras da CAPES;
- Declaro que li e conheço o Regimento Interno vigente do PPGCS/UPE na íntegra (modelo disponível: <http://w2.portais.atrrio.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/>);
- Estou ciente também que **para defender a dissertação terei que ter um artigo publicado ou aceito ou submetido em revista de qualis A1, A2, a3 e A4.**
- Estou ciente que, em caso de aprovação, não há garantias de bolsas de estudo, para tal, o orientador deverá solicitar à FACEPE uma quota, via PPGCS-UPE, conforme edital divulgado pelo órgão de fomento.

Neste termo, pede deferimento de matrícula.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) discente (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) orientador (a)