

**ANEXO VIII**  
**FICHA SEMESTRAL DE MATRICULA**  
**CURSO DE DOUTORADO**

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

**ANO: 2021 1º SEMESTRE**

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ APTº \_\_\_\_

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

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

E-mail (usar letra de forma)

\_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:

PAI \_\_\_\_\_

MÃE \_\_\_\_\_ SEXO:

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

NATALIDADE (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: \_\_\_\_\_

MESTRADO (NOME DO CURSO): \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSAO: \_\_\_\_\_ 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 Doutorado 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 ou caso em mudança de nome após casamento),

(\_\_\_) Cópia de identidade, CPF, certidão de nascimento/casamento com autenticação, sem nenhuma pendência (1ª matrícula).

(\_\_\_) 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), anexo VI (Pessoa com Deficiência) e anexo VII (autodeclaração indígenas)- 1ª matrícula;

(\_\_\_) Atesto que tenho ciência (a) que o curso de Doutorado 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, 48 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 tese terei que ter dois artigos, o primeiro artigo publicado ou aceito, e o segundo no formato de “draft” 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)