

Inscrição Nº \_\_\_\_\_

**EXMO. SR.: PRÓ-REITOR DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(nome por extenso) (estado civil)  
filho(a) de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
nascido (a) em (município) (Estado)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
residente à: (rua / avenida) (nº / apto)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(bairro) (município) (CEP)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(telefone Residencial) (telefone celular) (e-mail)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Doc. Identidade (RG) (órgão exp.) (CPF)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(graduação) (ano) (Instituição)

Orientador Permanente: \_\_\_\_\_

Coorientador: \_\_\_\_\_

Área de Concentração: \_\_\_\_\_

Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Vinculado ao Projeto de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Financiador: ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Vem requerer a Vossa Senhoria, sua inscrição como aluno Ouvinte para o **Curso de Mestrado** do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, estando de acordo com o Regulamento do Programa.

Santo André, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do candidato)

Entrevista realizada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aprovação da Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação:

\_\_\_\_\_

## Check List – Documentos

- Formulário de Inscrição
- Cópia do RG atualizado, 10 anos (CNH, CRM, entre outros não são válidos)
- Cópia do CPF
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento
- Cópia de Comprovante de Residência
- Cópia da Carteira do Registro de Profissão
- Cópia do Diploma de Graduação (**Frente e Verso**)
- Cópia do Histórico Escolar Graduação (**Frente e Verso**)
- Currículo na Plataforma Lattes atualizado
- Resumo do Projeto de Pesquisa – com no máximo cinco páginas, fonte Arial tamanho 11, espaço entre linhas 1,5 e conter obrigatoriamente os itens: Título, Introdução, Objetivos, Métodos, Referências e Cronograma de atividades.
- Carta de Aceite de Orientação
- 1 (uma) Foto (3x4)
- Termo de Ciência e Concordância com as normas do Regulamento do PPG assinado pelo candidato
- Termo de Ciência e Concordância Integridade e Boas Práticas em Pesquisa

---

Sede: Av. Príncipe de Gales, 821 – Bairro Príncipe de Gales – Santo André, SP – CEP: 09060-650 (Portaria 1)

Av. Lauro Gomes, 2000 - Vila Sacadura Cabral - Santo André / SP - CEP: 09060-870 (Portaria 2)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação (PROPESPI) – Av. Príncipe de Gales, 667 – Bairro Príncipe de Gales  
Santo André / SP – CEP: 09060-590

Telefone: (11) 4993-5426 ou [www.fmabc.br](http://www.fmabc.br)