

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) (CPF)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Doc. Identidade (órgão exp.) (E-mail)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(graduação) (ano) (Instituição)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Doutorado) (ano) (Instituição)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Área do Conhecimento) (Nome do Programa de Pós-Graduação)

Supervisor: \_\_\_\_\_

Área de Concentração: ( ) Medicina Celular e Molecular ( ) Investigação Clínica ( ) Saúde Coletiva

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

Projeto de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Financiador: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_ Processo No.: \_\_\_\_\_

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)

Vem requerer a inscrição no Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde desta Instituição.

\_\_\_\_\_ Santo André, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(assinatura do candidato)

### Check List Documentos

- Formulário de Inscrição
- Cópia de Cédula de Identidade atualizada, 10 anos
- Cópia do CPF
- Cópia da Certidão de Nascimento / Casamento
- Comprovante de Residência
- Cópia da Carteira do Registro de Profissão
- Cópia do Diploma de Graduação (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar da Graduação
- Cópia do Diploma de Mestrado (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar do Mestrado
- Cópia do Diploma de Doutorado (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar do Doutorado
- 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)
- Número do ORCID (<https://orcid.org/>)
- Currículo na Plataforma Lattes
- Foto (3x4)
- Carta com justificativa da solicitação assinada pelo Supervisor

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)