**(NÃO ACEITAREMOS FORMULÁRIO PREENCHIDO À MÃO!)**

NOME COMPLETO

FOTO

3X4

|  |
| --- |
| Insira aqui |

NUMERO USP CURSO DO ALUNO

|  |  |
| --- | --- |
| Insira aqui | ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO ☐ DOUTORADO DIRETO |

PROGRAMA

|  |
| --- |
| **Clínica Médica** |

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

|  |
| --- |
| **Clínica Médica** |

OPÇÃO (SE HOUVER)

|  |
| --- |
| Insira aqui |

|  |
| --- |
| Foi matriculado em programa de pós-graduação stricto sensu, não concluído, em unidade da USP, inclusive FMRP? ☐ SIM ☐ NÃO  Em caso afirmativo, providenciar documentos para “Nova Matrícula”, conforme Artigo 53 do Regimento de Pós-Graduação. |
| É portador de deficiência? ☐ Não ☐ Sim Qual? Insira aqui  Precisa de condição especial para a realização do curso? Insira aqui |

PROFICIÊNCIA EM INGLÊS

|  |  |
| --- | --- |
| Data: Selecione | Média: Insira aqui |

ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Rua, Av., Pça): Insira aqui | | | | | | Nº Insira aqui | |
| Bairro: Insira aqui | | | Complemento: Insira aqui | | | |
| Cidade: Insira aqui | | Estado: Insira aqui | | | CEP: Insira aqui | | |
| Tel. Residencial: Insira aqui | Tel. Celular: Insira aqui | | | Tel. Comercial: Insira aqui | | | |
| E-mail: Insira aqui | | | | | | | |

ORIGEM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data de Nascimento: Insira aqui | Sexo: Insira aqui | Raça/cor: Insira aqui |
| Cidade: Insira aqui | Estado: Insira aqui | País: Insira aqui |
| Nacionalidade: Insira aqui | | |
| Estado Civil: Insira aqui | | |
| Nome do cônjuge (caso haja): Insira aqui | | |

FILIAÇÃO

|  |
| --- |
| Nome do pai: Insira aqui |
| Nome da mãe: Insira aqui |

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número do RG: Insira aqui | | | | Data Expedição: Insira aqui | | |
| Órgão Expedidor: Insira aqui | | | | Estado: Insira aqui | | |
| Número do CPF: Insira aqui | | | | | | |
| Número do Título de Eleitor: Insira aqui | | | | | | |
| Zona: Insira aqui | | Seção: Insira aqui | | | Localidade: Insira aqui | |
| Número do Documento Militar: Insira aqui | | | | | | |
| Órgão Expedidor: Insira aqui | | | Categoria: Insira aqui | | | |
| Série: Insira aqui | RM/RA: Insira aqui | | CSM: Insira aqui | | | Emissão: Selecione |

PARA ALUNO ESTRANGEIRO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número do RNE (Registro Nacional de Estrangeiro): Insira aqui | | | Emissão: Selecione |
| Validade: Insira aqui | | | |
| Protocolo RNE: Insira aqui | Emissão: Selecione | | Validade: Inserir data |
| Passaporte: Insira aqui | | País: Insira aqui | |
| Data de Emissão: Selecione | | Válido até: Selecione | |
| Tipo de Visto: Insira aqui | Emissão: Selecione | | Validade: Selecione |

CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |
| --- |
| Instituição (Escola, Faculdade, Universidade): Insira aqui |
| Cidade/Estado: Insira aqui |
| Título obtido: Insira aqui |
| Dia, Mês, Ano do início do curso: Insira aqui |
| Dia, Mês, Ano em que o Título foi obtido (Colação de grau): Insira aqui |

MESTRADO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da Instituição: Insira aqui | |
| Título obtido: Insira aqui | |
| Cidade/Estado: Insira aqui | Data de obtenção do título: Selecione |

ORIENTAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do orientador: Insira aqui | |
| Data: Insira aqui | Assinatura e carimbo do orientador: |

PROJETO DO ALUNO (se houver)

|  |
| --- |
| Título: Insira aqui |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno**

**A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DO PROGRAMA:**

PROCESSO SELETIVO

|  |
| --- |
| Data da inscrição: Período de 22 de fevereiro de 2021 a 29 de março de 2021 |
| Data de seleção: dias 05 de abril de 2021 a 16 de abril de 2021. |
| Situação: x APROVADO ☐REPROVADO |
| Para ingresso em qual semestre? **X** 1º ☐ **2º** |

ORIENTAÇÃO

|  |
| --- |
| ☐ Acadêmica x Plena ☐ Específica |

APROVAÇÃO DA CCP APROVAÇÃO DA CPG

|  |  |
| --- | --- |
| Data: **16/04/2021**  Assinatura e carimbo: | Data: Insira aqui    Assinatura e carimbo: |