



## REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

O(A) discente, abaixo identificado(a), vem requerer de V.Sa. sua matrícula nas disciplinas abaixo, declarando estar ciente das Normas de Matrícula.

**Não esquecer de indicar o Nível do Curso**

Programa de Pós-Graduação em: **Ciências da Saúde**

Nível:  Mestrado Acadêmico  Doutorado  Mestrado Profissional

Matrícula: \*CPF\*

Aluno: \*

Endereço: \*

Cidade: \* UF: \* CEP: \*

Email: \*\*\*\* @Utilizar um endereço de acesso diário.com

Código	Turma	Nome da Disciplina	Código	Turma	Nome da Disciplina
PGCS12	01	Tese de Doutorado	PGCS07	01	Dissertação de Mestrado

**Declaramos, que o(a) discente entregou as seguintes cópias legíveis:**

- ( ) Registro Civil (duas cópias)  
( ) RG (uma cópia simples)  
( ) CPF (uma cópia simples)  
( ) Título de Eleitor (uma cópia simples)
- ( ) Conclusão – Graduação (uma cópia)  
( ) Conclusão – Mestrado (uma cópia)  
( ) Conclusão – Doutorado (duas cópias)

**Campo preenchido pela secretaria do PPCSA.**

**Estrangeiro(a)**

- ( ) RNE e CPF (duas cópias simples) ( ) Registro Civil e diploma(s) (duas cópias simples traduzidas)  
( ) Passaporte (duas cópias simples) ( ) Visto de permanência (duas cópias simples)

Nestes termos, pede deferimento.  
Uberlândia, 26 de fevereiro de 2024

(Assinatura do aluno) Digital/Gov.Br

**Campo preenchido pela secretaria do PPCSA.**

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso