



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.

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

Nível: Mestrado Acadêmico Doutorado Mestrado Profissional

Matrícula: ***Uso do setor de registro***

Aluno: **Derek Shepherd**

Endereço: **Rua Laranjeiras, 855 – Bairro: Umuarama**

Cidade: **Uberlândia UF: MG CEP: 38400-000**

Email: **shepherd@greysloanmemorialhospital.com**

As informações em grifo vermelho são obrigatórias. Use a tecla “sombreamento” (baldinho) para marcar o curso pretendido. Se houver mudança de e-mail durante o curso avisar a secretaria.

Código	Turma	Nome da Disciplina	Código	Turma	Nome da Disciplina
PCSM 20	01	Trabalho de Conclusão de Curso			
PCSM 01	01	Bioestatística			
PCSM 21	01	Seminários Temáticos Interdisciplinares			
PCSM 02	01	Epidemiologia Clínica			
PCSM24	01	Pesquisa Bibliográfica Automatizada em Ciências da Saúde			

Atenção!!! Os códigos para Mestrado Profissional são diferentes;
As primeiras 3 disciplinas são obrigatórias para o mestrado;
Finalizando a primeira coluna, continue o preenchimento na coluna ao lado, aqui no exemplo grifado em azul,
Você pode escolher as disciplinas de acordo com sua disponibilidade. (consultar grade horária)
A última disciplina é uma indicação!

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

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

Este campo é 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, 25 de janeiro de 2022

Derek Shepherd

(Pode ser utilizada assinatura digital)

Este campo é preenchido pela secretaria do PPCSA.

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso