



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



FOTO

FICHA DE MATRÍCULA

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento : ____/____/____ Data de ingresso no PPGCFAR: ____/____/____

Est. Civil: _____ Naturalidade: _____ Est.: _____

Nº. RG: _____ Órgão Exp.: _____ Est.: ____ Data Expedição: ____/____/____

Nº. do CPF: _____

Filiação: (Pai) _____

(Mãe) _____

Endereço Res.: Rua/Av.: _____ Nº.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF.: ____ CEP: _____

Tel.: Cel.: () _____ Res.: () _____ Com.: () _____

E-mail: Princ.: _____ Alternativo: _____

Dados Bancários: Nome do Banco : _____ Nº. Banco: _____

Nº. Agência: _____ Nº. Conta Corrente: _____

Tem Vínculo Empregatício? _____ Onde? _____

INFORMAÇÕES ACADÊMICAS

Curso de Graduação: _____ Local: _____

Instituição: _____ Data Conc.: ____/____/____

Maior Grau obtido: _____ Local: _____

Instituição: _____ Data Conc.: ____/____/____

Vitória, ES, ____ de _____ de _____

Ass.: Aluno: _____ Orientador: _____

USO DA COORDENAÇÃO:

Aprovado no dia ____/____/____

Coordenador PPGCFAR

Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Maruípe - 29043-900 – Vitória – ES - Brasil

Telefax: (+55-27) 3335-7293/7307 secretaria.ppgcfar@gmail.com

HOME PAGE: www.farmacia.vitoria.ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____, declaro, pelo presente documento, estar ciente e de acordo com o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e suas decisões e do Regulamento Geral de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo.

Vitória, ____/____/____

Nome e Assinatura do discente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Senhor Coordenador,

Eu, _____,
venho requerer de V.S^a a efetivação de minha matrícula como aluno(a) regular no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, nível de Mestrado, área de concentração: Ciências Farmacêuticas, linha de pesquisa: _____ desta Universidade.

Requerer matrícula nas seguintes disciplinas:

Código	Disciplina	Créditos

Neste termos,
peço deferimento.

Vitória, ____/____/____.

Aluno

Assinatura e carimbo do Orientador

A presente matrícula foi homologada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em _____ – Nível: Mestrado em sua ____ reunião de ____/____/____.

Matrícula _____ n^o
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vitória, ____/____/____.

Coordenador PPGCFAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Documentos adicionais:

- Fotocópia do Diploma de nível superior ou, na falta deste, Certificado de Conclusão do curso de graduação (frente e verso), ou declaração da Faculdade com data da colação de grau. No início das aulas o candidato deverá apresentar xerox do diploma de graduação ou declaração da Faculdade com a data da colação de grau.
- Cópia do Histórico Escolar de graduação com a carga horária total do curso;
- Fotocópia da certidão de casamento ou nascimento.
- Cópia da Cédula de Identidade e do CPF.
- Cópia do Comprovante de residência.
- se estrangeiro, visto no país que permita sua atuação;
- Uma foto 3x4, recente e em cores, anexada a ficha de matrícula.

Para os candidatos a bolsa, também é necessário:

- Certidões negativa ou positiva com efeito negativo do bolsista junto às Fazendas Públicas federal, estadual e municipal, conforme orientação abaixo.
- Certidão negativa de débito trabalhista, conforme orientação abaixo.

Instruções para obtenção de certidões de regularidade fiscal do candidato à bolsa:

FEDERAL: no site

www.receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/atbhe/tus/default.aspx?p/1/a/3,
opção
“Emissão de Certidão Pessoa Física”;

ESTADUAL: no site

internet.sefaz.es.gov.br/agenciavirtual/area_publica/cnd/emissao.php

MUNICIPAL:

obtida junto a prefeitura do município de residência do beneficiário;

TRABALHISTA: no site

www.tst.jus.br, no campo “Serviços”, em seguida no campo “certidão negativa de débito trabalhista