

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO - 2026

INSCRIÇÃO Nº _____
(preenchimento pela Secretaria)

LINHA DE PESQUISA

- ☐ Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde
☐ Tecnologias Gerenciais em Saúde

DADOS PESSOAIS, ENDEREÇO E DOCUMENTAÇÃO

Nome			Sexo
E-Mail		Telefone (com DDD)	Celular (com DDD)
Endereço Completo			Bairro
Cidade/Estado		CEP (dígitos)	Estado Civil
Data de Nascimento	Cidade/Estado de Nascimento	País de Nascimento	Nacionalidade
CPF/Passaporte (apenas dígitos)		R.G.	Órgão Expedidor
Nome do Pai		Nome da Mãe	

DADOS DA GRADUAÇÃO

Curso	Ano de conclusão	Escola/Universidade
-------	------------------	---------------------

PROFICIÊNCIA DE LÍNGUA INGLESA

Data de aprovação da Língua Inglesa

LOCAL DE TRABALHO

Instituição	Cargo
Endereço completo (incluindo bairro)	
Cidade/Estado	CEP (dígitos)

LOCAL DE TRABALHO (2)

Instituição	Cargo
Endereço completo (incluindo bairro)	
Cidade/Estado	CEP (dígitos)

Caso queira concorrer às vagas reservadas às Ações Afirmativas (conforme art. 4º da Resolução nº02/2017, de 04 de abril de 2017, marque uma das opções abaixo:

- ☐ Para fins de participação neste processo seletivo, me auto declaro **NEGRO**
- ☐ Para fins de participação neste processo seletivo, me auto declaro **DEFICIENTE**

Especifique o tipo de deficiência e medidas necessárias para a realização das provas.

--

- ☐ Para fins de participação neste processo seletivo, me auto declaro **INDÍGENA**

☐ Certifico que as informações neste formulário estão corretas, e que minha inscrição só será efetivada após o recebimento e conferência deste e da documentação exigida, pela secretaria do curso, conforme consta em edital.

Assinatura do(a) candidato(a)