

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Ceará
Universidade Regional do Cariri - URCA
Universidade Federal do Ceará - UFC
Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**CHAMADA DE SELEÇÃO PÚBLICA PARA INGRESSO AO MESTRADO (N.01/2023) DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF/RENASF)**

MATRÍCULA INSTITUCIONAL E DOCUMENTAÇÃO
Nucleadora: URCA

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora URCA, vem informar sobre as orientações para matrícula institucional e recebimento de documentação da 5ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, conforme Chamada de Seleção Pública nº. 01/2023 – RENASF/MPSF:

- 1) Terão direito à matrícula os(as) candidatos(as) aprovados(as) e classificados(as), respeitados os limites das vagas estabelecidas pela chamada pública.
- 2) **O período de matrícula será nos dias 1º/04/2024 e 02/04/2024, das 8h às 17h.**
- 3) Os(as) candidatos(as) deverão enviar a documentação listada abaixo **em formato PDF** para o e-mail **mpsf@urca.br** (informando no assunto “MATRÍCULA RENASF/MPSF 2024 + NOME COMPLETO”):
 - a) Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado (**anexo 1**);
 - b) Cópia digitalizada da Carteira de Identidade (RG) ou Carteira do respectivo Conselho Regional (que conste a naturalidade) – frente e verso;
 - c) Cópia digitalizada do CPF (somente caso não conste no documento solicitado no item “b”);
 - d) Cópia digitalizada do diploma de curso de graduação da área da saúde (frente e verso), de curso registrado pelo MEC, emitido pela Pró-Reitoria de Graduação ou órgão equivalente da IES. Em casos de diplomas obtidos fora do país, somente serão aceitos se devidamente reconhecidos e validados no Brasil;
 - e) Cópia digitalizada da Certidão de Casamento ou Averbação de Divórcio (somente caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação/RG/Carteira do Conselho Regional);
 - f) Cópia digitalizada de declaração de próprio punho (**modelo de texto disponível no anexo 2**) confirmando a veracidade da documentação apresentada no ato de matrícula, devendo constar

o nome de cada documento apresentado.

- 4) A documentação listada no item 3 é condição indispensável para efetivação da matrícula, não sendo aceitos documentos ilegíveis ou fora da validade.
- 5) A não efetivação da matrícula por candidato(a) no prazo fixado implica em sua desistência e consequente perda de todos os direitos decorrentes da aprovação e classificação no processo seletivo, possibilitando a convocação de candidatos(as) aprovados(as) e classificáveis para ocupar a(s) respectiva(s) vaga(s) ociosa(s), observada a ordem de classificação. A data para matrícula destes candidatos será nos dias **04/04/2024 e 05/04/2024**.
- 6) Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, conforme suas competências e de acordo com a legislação das Nucleadoras.
- 7) A Coordenação Geral do PPGSF, mediante decisão do Colegiado Geral, composto por suas instituições nucleadoras, informa que foi dispensada a apresentação pelo(a) candidato(a) aprovado(a) e classificado(a) de novo documento de liberação para cursar o mestrado, emitido pelo Secretário de Saúde (ou pessoa por ele designada). O documento já enviado no ato da inscrição será utilizado para este fim.
- 8) O cronograma para os encontros das disciplinas do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF em 2024 será divulgado oportunamente aos matriculados.

Crato/CE, 21 de março de 2024.



Prof^a. Dr^a. Evanira Rodrigues Maia
Coordenador do MPSF/RENASF/URCA

ANEXO 1

Formulário de matrícula – Nucleadora URCA

I. Dados Pessoais			
Nome:			
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:			
Sexo:	(<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino		Estado Civil:
Data Nascimento:	Naturalidade:	UF:	
Nome da mãe:			
Endereço Residencial			
Rua:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Fone Res:()	Celular:()	
E-mail (usar letra de forma):			
II. Formação Acadêmica – Graduação			
Curso:	Cidade/UF:		
Instituição:	Ano de Conclusão:		
III. Atividades Profissionais atuais			
Cargo/Função:			
Instituição:	Cidade:		
Carga horária semanal:	UF:		
Cargo/Função:			
Instituição:	Cidade:		
Carga horária semanal	UF:		
IV. Indicativo Linha de Pesquisa			
1 - Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde da Família			
2 - Educação na Saúde e Promoção da Saúde			

VENHO REQUERER MATRÍCULA NA 5ª TURMA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ RENASF – 2024

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

Local/Data: _____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO 2

Modelo de Declaração de Próprio Punho

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, *{escreva nome completo}*, residente e domiciliado(a) em *{escreva endereço completo}*; inscrito(a) no CPF sob o n° *{escreva número do CPF}*, declaro, sob as penas da lei, para fins de matrícula institucional, juntamente ao PPGSF/RENASF/URCA, que as informações e os documentos apresentados: *{relacione todos os documentos: RG, CPF, diploma de graduação, certidão etc.}* são verdadeiros e autênticos.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Crato/CE, *{dia}* de abril de 2024.

{assine a declaração}