



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

NUCLEADORA URCA

Comissão de Seleção – Processo Seletivo 2026.1 – MESTRADO – Chamada 01/2025
Turmas CRATO e IGUATU

MATRÍCULA INSTITUCIONAL E DOCUMENTAÇÃO

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 6ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, conforme Processo Seletivo 2026.1 – MESTRADO – Chamada 01/2025:

- 1) Terão direito à matrícula os(as) candidatos(as) aprovados(as) e classificados(as), respeitados os limites de vagas estabelecidos na Chamada Pública.
- 2) O período de matrícula ocorrerá nos dias **02 e 03 de março de 2026**, das **8h às 17h**.
- 3) Os(as) candidatos(as) deverão encaminhar a documentação listada abaixo, **em formato PDF**, para o e-mail **mpsf@urca.br**, informando no assunto: **“MATRÍCULA RENASF/MPSF 2026 – NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)”**:
 - a) Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado (Anexo I);
 - b) Cópia digitalizada da Carteira de Identidade (RG) **ou** da Carteira do respectivo Conselho Regional (que conste a naturalidade), frente e verso;
 - c) Cópia digitalizada do CPF, **apenas caso não conste** no documento apresentado no item “b”;
 - d) Cópia digitalizada do diploma do 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 se tratando de diploma obtido no exterior, este somente será aceito se devidamente reconhecido e validado no Brasil;
 - e) Declaração de ciência para matrícula no Mestrado – 2026.1;
 - f) Cópia digitalizada da Certidão de Casamento ou Averbação de Divórcio, **somente nos casos em que houver alteração de nome** em relação ao diploma de graduação, RG ou Carteira do Conselho Regional;



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

g) Cópia digitalizada de declaração de próprio punho (modelo disponível no Anexo II), confirmando a veracidade da documentação apresentada no ato da matrícula, devendo constar o nome de cada documento encaminhado;

h) Comprovante de residência.

- 4) A documentação listada no item 3 constitui condição indispensável para a efetivação da matrícula, **não sendo aceitos documentos ilegíveis, incompletos ou fora do prazo de validade.**
- 5) A não efetivação da matrícula pelo(a) candidato(a), no prazo estabelecido, implicará em sua desistência, com 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 ocupação das vagas ociosas, respeitada a ordem de classificação.
- A matrícula dos(as) candidatos(as) convocados(as) nesta condição ocorrerá nos dias **05 e 06 de março de 2026, das 8h às 17h.**
- 6) Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, no âmbito de suas competências, em conformidade com a legislação vigente e as normas das Instituições Nucleadoras.

Crato – CE, 24 de fevereiro de 2026.
Comissão de Seleção – PPGSF/RENASF

Formulário de Matrícula – Nucleadora URCA

I. Dados Pessoais			
Nome:			
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:			
Sexo:	() Masculino () 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			
3 - Promoção da Saúde			

VENHO REQUERER MATRÍCULA NA 3ª TURMA DO DOUTORADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ RENASF/PPGSF – 2026

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

Local/Data: _____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Candidato(a)



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

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 nº *{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 março de 2026.

{assine a declaração}