



Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil E-  
mail: [residenciasisc@ufba.br](mailto:residenciasisc@ufba.br) / [deptoisc@ufba.br](mailto:deptoisc@ufba.br)



**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA:  
RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE  
Edital nº 001/2020**

## **CONVOCAÇÃO TERCEIRA CHAMADA**

**Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de Concentração em Planejamento e Gestão em Saúde**

<b>Nome</b>	<b>Formação profissional</b>
LAIS GABRIELA GUEDES CARDOSO	SAÚDE COLETIVA

### **Procedimentos para matrícula**

As matrículas dos candidatos aprovados serão realizadas seguindo o cronograma:

1. 09 e 10.03 (até 17h) – Envio das cópias dos documentos
2. 11.03 – Divulgação da homologação da (s) matrícula (s)

Os candidatos aprovados deverão enviar para o e-mail [residenciasisc@ufba.br](mailto:residenciasisc@ufba.br), [deptoisc@ufba.br](mailto:deptoisc@ufba.br), a cópia **autenticada** dos seguintes documentos:

1. Diploma de graduação (frente e verso) de curso de duração plena, com registro no MEC de reconhecimento do curso;
2. Diploma Estrangeiro.  
Conforme, Art157 do Código Processo Civil, autenticado pela autoridade consular brasileira no país de origem e acompanhado de versão vernácula (vertidos em português), traduzido por tradutor juramentado ou Apostila da Convenção de Haia conforme Resolução 228 do Conselho Nacional de Justiça de 22/06/2016.
3. Passaporte e visto de estudante atualizado para estrangeiro;
4. Documento de identificação;
5. CPF;
- 6 Documento de Quitação e/Justiça Eleitoral/Certidão de quitação eleitoral (<http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>);
- 7.Documento de Quitação com o Serviço Militar;
8. \*Formulário de ingresso preenchido com uma foto;

Para alunos concluintes de período anterior ao início do curso e que ainda não tenham recebido o diploma de graduação, apresentar CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU DA CONCLUSÃO DO CURSO e HISTÓRICO ESCOLAR DA GRADUAÇÃO.

O candidato que não apresentar cópia do diploma de graduação no ato da inscrição terá sua matrícula efetivada em caráter provisório.

A CARE não efetivará matrícula do candidato que não apresentar a documentação completa. Conforme Art5º do REGPG, "Constatada, a qualquer tempo, falsidade ou irregularidade insanável na documentação apresentada para a matrícula, ou verificando-se que, efetivamente, o estudante não teria direito a ela, a UFBA procederá ao cancelamento da mesma, sem prejuízo das demais ações cabíveis.

**Formulário para cadastro de aluno de pós-graduação –SUPAC (anexo).**



**FICHA DE CADASTRO DE ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
(Preencher somente com LETRA DE FORMA)

Curso:	Matrícula (preenchido pelo Programa):
--------	---------------------------------------

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)**

Nome:	Raça/Etnia:
-------	-------------

Nome do Pai:	Nome da Mãe:
--------------	--------------

Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidade:	Órgão Emissor:
---------------------	---------------	--	-------------	----------------

CPF:	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
------	---------------	-----	----------------

Nº do Passaporte:	RNE (Registro Nacional de Estrangeiro):
-------------------	---

Documento Militar:	Órgão Emissor: <input type="checkbox"/> Aero <input type="checkbox"/> Exer <input type="checkbox"/> Mar	Tipo: <input type="checkbox"/> Alistamento <input type="checkbox"/> Dispensa <input type="checkbox"/> Serviço Militar	Título de Eleitor:
--------------------	--	--	--------------------

Zona:	Seção:	Tipo Sanguíneo:	RH:	Portador de Necessidade Especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (especifique): <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outra: _____
-------	--------	-----------------	-----	---

Logradouro:	Número:	Complemento:
-------------	---------	--------------

Bairro:	CEP:	Município:	UF:
---------	------	------------	-----

e-mail:	DDD / Telefone Fixo:	DDD / Celular:
---------	----------------------	----------------

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Curso de Graduação (Nome):
----------------------------

Nome da Instituição:	Ano de Conclusão:
----------------------	-------------------

Localização da Instituição (Cidade):	Ensino Médio <input type="checkbox"/> Escola Pública <input type="checkbox"/> Escola Privada	UF:
--------------------------------------	---	-----

..... de ..... de 20.....

.....  
Assinatura do(a) Aluno(a)