



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

**REQUERIMENTO DE REGISTRO  
RESIDÊNCIA PÓS-DOUTORAL (RPD)**

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO:

**DADOS PESSOAIS**

NOME

CPF

SEXO

ESTADO CIVIL

☐ M ☐ F ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Não Definido

NASCIMENTO

DATA / / CIDADE UF PAÍS

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

SITUAÇÃO DE NACIONALIDADE

☐ Brasileiro Nato ☐ Brasileiro Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS (se estrangeiro):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (somente brasileiros)

EMISSION

UF

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRANGEIRO E SITUAÇÃO NO PAÍS

PASSAPORTE OU RNE VALIDADE / / CLASSIFICAÇÃO DO VISTO DE ENTRADA NO BRASIL

CONCESSÃO DO VISTO DE ENTRADA

VALIDADE DO VISTO DE ENTRADA

PRORROGAÇÃO(ÕES) DO VISTO DE ENTRADA

ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil)

LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc.) N.º COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Deseja informar sua raça/cor? ☐ Sim Qual? ☐ Não

Como avalia sua capacidade para:

1. Enxergar:

☐ Incapaz☐ Grande dificuldade permanente☐ Alguma dificuldade permanente☐ Nenhuma dificuldade permanente

3. Locomover-se:

Tem alguma das seguintes deficiências?

☐ Paralisia permanente total☐ Paralisia permanente das pernas☐ Nenhuma das enumeradas☐ Paralisia permanente de um dos lados do corpo☐ Falta de perna braço mão pé ou dedo polegar

INFORMAÇÕES SOBRE DOUTORADO

PERÍODO DE CONCLUSÃO

CURSO

ESTABELECIMENTO:

CIDADE

ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC.

PAÍS

**APROVAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VINCULAÇÃO NA UFMG**[preenchimento exclusivo pela **secretaria do programa de pós-graduação\*** em que será realizada a residência]

► RESIDÊNCIA APROVADA EM REUNIÃO DE COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM:

CURSO DA VINCULAÇÃO

CÓDIGO NOME

PROFESSOR SUPERVISOR

INA (opcional) NOME COMPLETO

10000001

PERÍODO DE VINCULAÇÃO

DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA:

/ /

DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA:

/ /

FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.

\*. TODOS OS CAMPOS DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA (EXCETO INA) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. MAIS INFORMAÇÕES, VER RES. 04/2009-CONS. UNIVERSITÁRIO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE

DATA DE PREENCHIMENTO: / /

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO PROGRAMA

DATA DE REQUERIMENTO: / /

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]:

|                                                                                  |                                                                                                                                                         |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  | <p align="center"><b>SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA</b></p> <p align="center"><b>REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL (RPD)</b></p> | ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO |
|                                                                                  |                                                                                                                                                         | DATA DO REQUERIMENTO:       |

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FINANCIAMENTO: \_\_\_\_\_ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PROJETO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TÍTULO DO PROJETO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BOLSA: AGÊNCIA /EMPRESA: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE VIGÊNCIA DA BOLSA: : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIPO DE BOLSA: ( ) VÍNCULO EMPREGATÍCIO ( ) BOLSISTA ( ) VOLUNTÁRIO

LINK LATTES (comece com https://www...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORIENTADOR(A) NA UFMG: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONE COMERCIAL: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELEFONE CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÃO:

Conforme recomendações do DRCA, para que não haja exclusão de sua matrícula pela não **renovação da residência pós-doutoral**, o aluno deverá entregar na secretaria de Pós-graduação, **com no máximo um mês de antecedência da data de término do 1º ano de atividades**; o formulário de requisição de residência com a nova data, um relatório parcial com as atividades, assim como um parecer do orientador sobre as atividades exercidas.

Belo Horizonte \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE \_\_\_\_\_