

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU PROFISSIONAL DE  
INOVAÇÃO EM SAÚDE**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - 2023**

DADOS PESSOAIS		
Candidato (Nome completo):		
RG:	CPF:	Data Nasc.:
Celular:	E-mail:	
Cidade:	CEP:	
DADOS ACADÊMICOS		
Nome/ ou Área da Graduação:		
Instituição:		
Ano de Conclusão:		
DADOS DO PROJETO		
Título do Projeto:		
Orientador:		
Coorientador:		
Linha de Pesquisa:		
<input type="checkbox"/> Redes em Saúde: Criação, Disseminação e Integração		
<input type="checkbox"/> Informática e Tecnologia		
<input type="checkbox"/> Políticas em Saúde Assistencial		
<input type="checkbox"/> Prevenção e Políticas de Promoção a Saúde		
<input type="checkbox"/> Reabilitação, Qualidade de Vida e Medicina Integrativa		

**DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA INSCRIÇÃO:**

- Cópia do RG e CPF;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Cópia da Carteira de Reservista (sexo masculino);
- Declaração do Empregador;
- Cópia do Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
- Cópia do Diploma e Histórico da Graduação;
- Currículo Lattes atualizado (mínimo 3 meses);
- Carta de Anuência do Orientador e Coorientador (caso possua);
- Declaração de Aceite ao Regimento do Programa e Normas do Curso;
- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Amor;
- Carta de aprovação da Comissão de Ética no uso de Animais (CEUA);
- Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa (CELPE-BRAS) – para candidatos de nacionalidade estrangeira, cuja língua materna não seja a portuguesa;
- Exemplar da Proposta do Projeto de Pesquisa.

\_\_\_\_\_  
**Nome por extenso do candidato**

( ← Assinatura acima da linha)