

**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:

- Redes em Saúde: Criação, Disseminação e Integração
- Informática e Tecnologia
- Políticas em Saúde Assistencial
- Prevenção e Políticas de Promoção a Saúde
- 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)