

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Ceará
Universidade Regional do Cariri - URCA
Universidade Federal do Ceará - UFC
Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**CHAMADA DE SELEÇÃO PÚBLICA PARA INGRESSO AO MESTRADO (N.01/2023) DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF/RENASF)**

MATRÍCULA INSTITUCIONAL E DOCUMENTAÇÃO
Nucleadora: FIOCRUZ CEARÁ

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora FIOCRUZ CEARÁ, vem informar sobre as orientações para matrícula institucional e recebimento de documentação da 5ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, conforme Chamada de Seleção Pública nº. 01/2023 – RENASF/MPSF:

- 1) Terão direito à matrícula os(as) candidatos(as) aprovados(as) e classificados(as), respeitados os limites das vagas estabelecidas pela chamada pública.
- 2) **O período de matrícula será nos dias 1º/04/2024 e 02/04/2024, das 8h às 17h.**
- 3) Os(as) candidatos(as) deverão enviar a documentação listada abaixo **em formato PDF** para o e-mail **secadce@fiocruz.br** (informando no assunto “MATRÍCULA RENASF/MPSF 2024 + NOME COMPLETO”):
 - a) Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado (**anexo 1**);
 - b) Cópia digitalizada da Carteira de Identidade (RG) ou Carteira do respectivo Conselho Regional (que conste a naturalidade) – frente e verso;
 - c) Cópia digitalizada do CPF (somente caso não conste no documento solicitado no item “b”);
 - d) Cópia digitalizada do diploma de 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 casos de diplomas obtidos fora do país, somente serão aceitos se devidamente reconhecidos e validados no Brasil;
 - e) Cópia digitalizada da Certidão de Casamento ou Averbação de Divórcio (somente caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação/RG/Carteira do Conselho Regional);
 - f) Cópia digitalizada de declaração de próprio punho (**modelo de texto disponível no anexo 2**)

confirmando a veracidade da documentação apresentada no ato de matrícula, devendo constar o nome de cada documento apresentado.

- 4) A documentação listada no item 3 é condição indispensável para efetivação da matrícula, não sendo aceitos documentos ilegíveis ou fora da validade.
- 5) A não efetivação da matrícula por candidato(a) no prazo fixado implica em sua desistência e 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 ocupar a(s) respectiva(s) vaga(s) ociosa(s), observada a ordem de classificação. A data para matrícula destes candidatos será nos dias **04/04/2024 e 05/04/2024**.
- 6) Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, conforme suas competências e de acordo com a legislação das Nucleadoras.
- 7) A Coordenação Geral do PPGSF, mediante decisão do Colegiado Geral, composto por suas instituições nucleadoras, informa que foi dispensada a apresentação pelo(a) candidato(a) aprovado(a) e classificado(a) de novo documento de liberação para cursar o mestrado, emitido pelo Secretário de Saúde (ou pessoa por ele designada). O documento já enviado no ato da inscrição será utilizado para este fim.
- 8) O cronograma para os encontros das disciplinas do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF em 2024 será divulgado oportunamente aos matriculados.

Eusébio, 13 de março de 2024.



Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
Coordenador Geral do MPSF/RENASF

ANEXO 1

Formulário de matrícula – Nucleadora **FIOCRUZ CEARÁ**

| | | | |
|---|--|------------------|---------------|
| I. Dados Pessoais | | | |
| Nome: | | | |
| RG: | Órgão Emissor: | Data de Emissão: | |
| CPF: | | | |
| Sexo: | (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) 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 e Promoção da Saúde | | | |

VENHO REQUERER MATRÍCULA NA 5ª TURMA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ RENASF – 2024

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO

Local/Data: _____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Candidato(a)

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 n° *{escreva número do CPF}*, declaro, sob as penas da lei, para fins de matrícula institucional, juntamente ao PPGSF/RENASF/Fiocruz Ceará, 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.

Eusébio/CE, *{dia}* de abril de 2024.

{assine a declaração}