



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE D FAMÍLIA – PROFSAÚDE  
Campus Ministro Reis Velloso, Anexo UFPI, Avenida Capitão Claro, 382, Centro – Parnaíba (PI), CEP 64.200-500  
Telefone: (86) 3315-9955 E-mail: [profsaude@ufpi.edu.br](mailto:profsaude@ufpi.edu.br)  
Chamada de Seleção Pública nº 001/2016 – PROFSAÚDE/MSPF

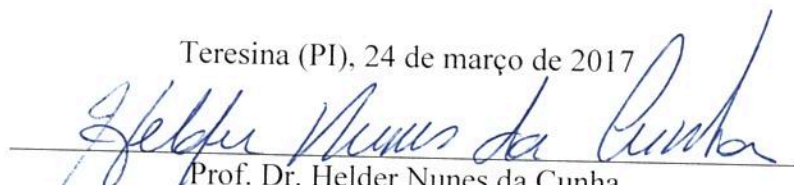
## COMUNICADO SOBRE A MATRÍCULA DO MESTRADO PROFISISONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

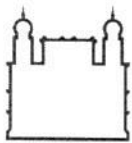
A Universidade Federal do Piauí, através da Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação / Coordenadoria de Pós – Graduação, comunica que a matrícula institucional ocorrerá **no dia 10 (dez) de abril de 2017 (dois mil e dezessete) (segunda feira), de 08h30min as 11h30min e 14h00min as 17h30min**. Os candidatos aprovados/classificados devem comparecer nesta PRPG na data marcada com os documentos listados abaixo:

- Cópia do memorando eletrônico com o resultado do exame de proficiência em inglês (Primeira Etapa) da Chamada de Seleção Pública nº 001/2016 – PROFSAÚDE/MPSF;
- 01 (uma) foto 3x4;
- Cópias do CPF, RG, Título de Eleitor e comprovante de residência (**todas fotocópias autenticadas**);
- Cópia do diploma de graduação ou certidão original e histórico escolar de graduação (**todas fotocópias autenticadas**);
- Comprovante de quitação com o serviço militar (para os candidatos do sexo masculino, **fotocópia autenticada**);
- Certidão de casamento, caso haja mudança de nome (**todas fotocópias autenticadas**);
- Declaração de conhecimento do artigo 29 da Resolução nº 189/07 – CEPEX, **com firma reconhecida em cartório**, disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/cpg/arquivos/files/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Conhecimento.pdf> (disponível do site do Programa de Pós-Graduação Saúde da Família PROFSAÚDE – UFPI).
- Ficha de Matrícula Fiocruz (Anexo, preenchimento em letra de forma e firma reconhecida em cartório).

**Em caso da matrícula ser efetuada por terceiros deverá ser apresentada PROCURAÇÃO COM PODERES ESPECIAIS com firma reconhecida em cartório.**

Teresina (PI), 24 de março de 2017

  
Prof. Dr. Helder Nunes da Cunha  
Pró-Reitor de Ensino de Pós-Graduação



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,  
Informação e Comunicação



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE / 2017  
FICHA DE MATRÍCULA - 2017

NOME: \_\_\_\_\_

ASSOCIADA / POLO: Universidade Federal do Piauí – UFPI.

( ) FIOCRUZ RJ

POLO: ( ) ALAGOAS ( ) ESPÍRITO SANTO ( ) PERNAMBUCO ( ) SERGIPE  
( ) MATO GROSSO

( ) FIOCRUZ MANAUS

POLO: ( ) AMAZONAS ( ) AMAPÁ

( ) FIOCRUZ BRASILIA

( ) FIOCRUZ CEARÁ

( ) FIOCRUZ PERNAMBUCO

( ) MATO GROSSO DO SUL

CPF Nº \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_, ÓRGÃO EXPEDIDOR:

\_\_\_\_\_, DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, NATURALIDADE: \_\_\_\_\_, CIDADE DE

NASCIMENTO: \_\_\_\_\_, SEXO: \_\_\_\_\_, ESTADO CIVIL:

\_\_\_\_\_, RESIDENTE À \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,

COMPLEMENTO, \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_, TELEFONE RESIDENCIAL (COM DDD) \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_

DADOS DA GRADUAÇÃO – CURSO: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_ ANO

TITULAÇÃO: \_\_\_\_\_

VINCULO EMPREGATÍCIO -

INSTITUIÇÃO/LOCAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_.

VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE), 2017.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato(a)