**ANEXO IA** (Ficha de Inscrição na Seleção de Mestrado e Doutorado)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universidade Federal de Pernambuco**  **Centro de Ciências da Saúde**  **Departamento de Ciências Farmacêuticas**  **Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas** | | | | | | | | Foto recente  3x4 |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (preenchimento de responsabilidade da secretaria)  **NIVEL: ( ) DOUTORADO ( ) MESTRADO** | | | | | | | |
| **I – DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | |
| Nome Social: | | | | | | | | |
| Filiação: Mãe | | | | | | | | |
| Pai | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | Estado Civil: | | | Gênero: | | | |
| Naturalidade: | | | | | Estado: | | | |
| CPF: | RG: | | Órgão Exp./UF: | | | | Gênero: | |
| Endereço Residencial: | | | | | | | | |
| Bairro: | | | | Cidade: | | | | |
| CEP: | | | | Tel: | | | | |
| Email: | | | |  | | | | |
| Endereço Comercial: | | | | | | | | |
| Cidade: | | | | Estado: | | CEP: | | |
| Tel: | | | | Fax: | | | | |
| Candidato portador de deficiência física: SIM ( ) NÃO ( )  Se sim, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Possui inscrição no Cadastro Único do Governo: SIM ( ) NÃO ( ) | | | | | | | | |
| Cor: | | | | Raça: | | | | |
| **II – FORMAÇÃO ACADÊMICA:** | | | | | | | | |
| Graduação: | | | | | | | | |
| Mestrado: | | | | | | | | |
| **III – LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA (OBRIGATÓRIO)** | | | | | | | | |
| ( ) Produção e Controle de Medicamentos | | | | | | | | |
| ( ) Planejamento e Síntese de Fármacos | | | | | | | | |
| ( ) Obtenção e Avaliação de Produtos Naturais e Bioativos | | | | | | | | |
| **IV - VÍNCULO QUE MANTERÁ COM A ORGANIZACAO ONDE TRABALHA**  **ATUALMENTE** | | | | | | | | |
| ( ) Não Trabalha ( ) Servidor UFPE ( ) Nenhum ( ) Licença sem remuneração  ( ) Licença com remuneração total ( ) Licença com remuneração parcial | | | | | | | | |
| **V - FINANCIAMENTO DURANTE O CURSO** | | | | | | | | |
| ( ) Salário ( ) Bolsa CAPES/CNPq ( ) FACEPE  ( ) Outra bolsa ( ) Recursos próprios, se não conseguir Bolsa | | | | | | | | |

Declaro estar ciente do conteúdo do presente edital para o Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em Ciências Farmacêuticas do PPGCF, e que as informações fornecidas na documentação anexada são verdadeiras.

Recife, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**Obs: Preencher a ficha e encaminhar com a documentação exigida nas normas de seleção no prazo de inscrição, dentro de envelope lacrado.**

**ANEXO I-B** (Comprovante de Inscrição)

|  |  |
| --- | --- |
| **ETIQUETA DE INSCRIÇÃO** | **N.º** |
| **SELEÇÃO PPGCF/UFPE – ENTRADA 20\_\_\_.\_\_**  **NIVEL: ( ) DOUTORADO ( ) MESTRADO** | |
| **NOME DO CANDIDATO (completo, em letra de forma e sem abreviaturas):**  **NOME SOCIAL:** | |
| **EMAIL:** | |
| **TELEFONES PARA CONTATO:** | |
| Declaro estar ciente que assumo total responsabilidade pela documentação entregue em ENVELOPE LACRADO, e que a incorreção na documentação entregue implicará no indeferimento da inscrição.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato  COLAR NO ENVELOPE | |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

|  |  |
| --- | --- |
| **RECIBO DE INSCRIÇÃO** | **n.°** |
| **SELEÇÃO PPGCF/UFPE – ENTRADA 20\_\_\_.\_\_**  **NIVEL: ( ) DOUTORADO ( ) MESTRADO** | |
| **NOME DO CANDIDATO (completo, em letra de forma e sem abreviaturas):**  **NOME SOCIAL:** | |
| **Recebi o ENVELOPE LACRADO correspondente à inscrição do candidato acima identificado.**    **Em, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_às : . VISTO SECRETARIA:**  SOLICITAR ASSINATURA E CARIMBO DO FUNCIONÁRIO AO ENTREGAR O ENVELOPE**.** | |

**ANEXO II** (Instruções de preenchimento da GRU)

(1) Emitir Boleto Bancário acessando o site [www.stn.fazenda.gov.br](http://www.stn.fazenda.gov.br/)

Clique em GRU – “Imprima aqui sua GRU”

Clique em “IMPRESSÃO DE GRU” (canto superior à direita da tela)

(2) Preenchimento dos campos (barras amarelas) - Emissão Boleto bancário:

Unidade Gestora (UG): código 153098

Gestão: 15233 – Universidade Federal de Pernambuco

Código de Recolhimento: 288322 – Serviços Educacionais

Clique em avançar

Número de referência: 15309830331435

Preencha os campos obrigatórios

Contribuinte (depositante): seu CPF

Valor Principal: R$ 50,00

(3) Após preenchido clicar em “emitir GRU” e em seguida imprimir o Boleto.

(4) Pagar em qualquer agência do Banco do Brasil.