



ANEXO I

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

TURMA 2026.1



LINHA DE PESQUISA A QUE CONCORRE

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____ . _____

CEP: _____ - _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

FONES: () _____ Celular () _____

e-mail : _____ e-mail 2: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ Est () País: _____

SEXO: (M) (F) ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____

DOC. IDENT.: _____ Exped.: _____ DATA: ____/____/____

() Desejo concorrer as vagas destinadas a cotas afirmativas em conformidade com a resolução CEPE/UFC 10/2023, na qualidade de Portador(a) de Necessidades Especiais (laudo médico a ser anexado por mim aos documentos de inscrição).

() Pretendo concorrer às vagas de cotas ou ações afirmativas (conforme resolução CEPE/UFC 15/2023), isto é, me autodeclaro:

() Preto

() Pardo

() Indígena e quilombola

() Pessoa com deficiência

() declaro que (conforme resolução nº 15/2023 do CEPE/UFC (Artigo 1, parágrafos 4 a 8). disponível em <https://www.ufc.br/a-universidade/documentos-oficiais/17552-resolucoes-do-conselho-de-ensino-pesquisa-e-extensao-cepe-2023>) pertenço ao grupo de negro preto, negro pardo ou quilombola, conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (*apresentar assinar termo de autodeclaração** no caso de ser quilombola apresentar declaração emitida pelo grupo a qual pertence, assinada por liderança étnica local devidamente legitimada *** se indígena apresentar cópia do Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena, assinada por liderança étnica local devidamente legitimada) ¹

¹ § 1º Para efeito desta resolução, são considerados negros (pretos ou pardos) aqueles que se autodeclararem pretos ou pardos no ato da inscrição nos processos seletivos dos cursos de pós-graduação stricto sensu, conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Parágrafo Único. Em caso de suspeita de autodeclaração falsa, mediante denúncia formal, com materialidade, a Comissão de Heteroidentificação instituída pelo Programa de Pós-Graduação pertinente será consultada e emitirá parecer conclusivo, que será considerado como decisivo para a análise do ato administrativo

§ 4º Para efeito desta resolução, serão considerados indígenas aqueles que assim se autodeclararem e apresentarem, por ocasião da inscrição nos processos seletivos dos cursos de pós-graduação stricto sensu, cópia do Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Indígenas (RANI) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena, assinada por liderança étnica local devidamente legitimada.

§ 5º Para efeito desta resolução, serão considerados quilombolas aqueles que assim se autodeclararem e apresentarem, por ocasião da inscrição nos processos seletivos dos cursos de pós-graduação stricto sensu, declaração emitida pelo grupo a qual pertence, assinada por liderança étnica local devidamente legitimada.

§ 8º As Pessoas com Deficiência comprovarão suas condições por meio de laudos médicos emitidos e entregues no ato de inscrição e poderão passar por perícia médica na UFC.

QUALIFICAÇÕES:

FORMAÇÃO EM NÍVEL DE GRADUAÇÃO

CURSO: _____ ANO DE TITULAÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO: _____

☐ Outras titulações em nível de graduação, conforme currículo Lattes

FORMAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO

CURSO: _____ ANO CONCLUSÃO: _____

INSTITUIÇÃO: _____

☐ Outras especializações concluídas, conforme currículo Lattes

DOMÍNIO DO IDIOMA INGLÊS

☐ Instrumental – Plena capacidade de leitura e compreensão de textos. Expressão e compreensão oral e escrita restritas.

☐ Fluência (fala, compreende, lê e escreve como estrangeiro)

☐ O candidato DECLARA não estar matriculado em nenhum outro curso de pós-graduação stricto sensu no Brasil.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

☐ Trabalho autônomo (caracterizar): _____

☐ Trabalho assalariado. ORGANIZAÇÃO: _____

CARGO: _____ DESDE ____ / ____ / ____.

☐ Sem atividade profissional ou vínculo de trabalho. DESDE ____ / ____ / ____

☐ Outra situação (indicar) _____

☐ Tem experiência(s) docente(s), conforme Currículo Lattes

☐ Tem outra(s) experiência(s) profissional(is) relevante(s), conforme Currículo Lattes

ENQUETE

COMO VOCÊ TOMOU CONHECIMENTO DO PPGMT?

☐ Indicação de conhecidos

☐ Site da UFC / PPGMT

☐ Site da CAPES

☐ Recomendação de ex-alunos(as)

☐ E-mail da Coordenação do Programa

☐ Recomendação de alunos(as)

☐ Outra via – Indicar: _____

O candidato declara conhecer os termos do Edital nº 02/2025 de 14 de outubro de 2025, bem como do Regimento do PPGMT e das Normas da Pós-graduação Stricto Sensu da Universidade Federal do Ceará – UFC.

O candidato responsabiliza-se pela fidedignidade das informações e dos documentos entregues à secretaria do PPGMT, pelas quais responde legal e normativamente.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL

EDITAL 2026.1

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE NEGRO(A)-PRETO(A), NEGRO(A)-PARDO(A), INDÍGENA OU QUILOMBOLA

Eu, _____, CPF
nº _____, RG nº _____, declaro para o fim específico de atender ao Edital
nº 02/2025 – Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional, que sou:

☐ Negro (preto/pardo)

☐ Indígena

foto

☐ Quilombola

☐ Pessoa com deficiência (PCD).

Especificar a deficiência: _____.

Declaro, ainda, ter ciência de que as informações prestadas para o processo de análise da condição declarada por mim, com vistas ao ingresso pelo Sistema de Cotas, são de minha inteira responsabilidade e quaisquer informações inverídicas prestadas implicará no indeferimento da minha solicitação e na possibilidade de aplicação de medidas legais. Na hipótese de configuração de fraude na documentação comprobatória em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, assegurado a mim o direito ao contraditório e a ampla defesa, estou também ciente de que posso perder o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requerer.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante

Assinatura da liderança étnica local devidamente legitimada*

* Exclusivo para candidatos indígenas e quilombolas

