



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO 2023					
DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO					
NOME COMPLETO (sem abreviações):					
DATA DE NASCIMENTO:	DE	SEXO: Masculino ( ) Feminino ( )	CPF:	POSSUI ESPECIAL: SIM ( ) NÃO ( )	NECESSIDADE
RG:	ÓRGÃO EMISSOR:		DATA DE EMISSÃO:	NACIONALIDADE:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			CIDADE:	UF:	CEP:
CELULAR:	TELEFONE RESIDENCIAL:		EMAIL:		
POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO? ( ) Sim ( ) Não			NECESSITARÁ DE BOLSA? ( ) Sim ( ) Não		
PROVÁVEL ORIENTADOR ESCOLHIDO (Marque apenas um "X")					
<input type="checkbox"/> Ana Lúcia Leandrini de Oliveira <input type="checkbox"/> Djane ClarysBaia da Silva <input type="checkbox"/> Emerson Silva Lima <input type="checkbox"/> Fernanda Guilhon Simplicio <input type="checkbox"/> João Vicente Braga de Souza <input type="checkbox"/> José Pereira de Moura Neto <input type="checkbox"/> Marne Carvalho de Vasconcellos <input type="checkbox"/> Patrícia Danielle Oliveira de Almeida <input type="checkbox"/> Tatiane Pereira de Souza <input type="checkbox"/> Waldireny Rocha Gomes <input type="checkbox"/> Wuelton Marcelo Monteiro					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS DE INSCRIÇÃO					
<input type="checkbox"/> Formulário de inscrição devidamente preenchido; <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ 100,00 (cem reais);			PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO DE SELEÇÃO:  Parecer da Comissão:  <input type="checkbox"/> Inscrição deferida <input type="checkbox"/> Inscrição indeferida  Manaus, ____/____/____  _____ Presidente da Comissão		

**VAGA A QUE CONCORRE (marcar apenas uma das opções)**

<input type="checkbox"/> Vaga regular (12 vagas)	<input type="checkbox"/> Vaga suplementar para cotistas (3 vagas)
--	---



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**



Declaro para o fim específico de atender ao edital de seleção para o curso de mestrado do PPGCF/UFAM que sou  PRETO  PARDO  INDÍGENA  PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Estou ciente de que, se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito a penalidades legais.

**TERMO DE COMPROMISSO DO SOLICITANTE**

Declaro, para fins de direito, ter conhecimento do inteiro teor do Edital de seleção e das normas gerais relativas à Seleção e Ingresso fixadas pelo Regimento Geral de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas e pelo Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e concordo com o disposto.

Manaus, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2023

Assinatura: \_\_\_\_\_

Obs.: Preencher de forma legível.