

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

ANEXO C – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DOUTORADO TURMA 2026

DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FOTO 3X4

INSIRA AQUI

*Favor preencher os campos com letra de forma

DADOS PESSOAIS

Nome Civil:			
Nome Social:			
Filiação:	Nome da mãe:		
	Nome do pai:		
Data de Nascimento: / /		Cidade:	
Nacionalidade:		UF:	
Gênero: () Feminino () Masculino			
CPF:		Ações Afirmativas: Sim () Não () Se Sim, Qual?	
Identidade:		Órgão Emissor:	
UF:		Data de Emissão: / /	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro (rua, avenida):			Nº:
Bairro:		Cidade:	
UF:	CEP:	País:	
Complemento:			
Contatos ()	Fixo:	Celular:	Celular:
E-mail:			
E-mail (outros):			

ENDEREÇO PROFISSIONAL

Nome da Instituição:			
Logradouro (rua, avenida):			Nº:
Bairro:		Cidade:	
UF:	CEP:	País:	
Complemento:			
Contatos ()	Fixo:	Ramal:	Fax:
E-mail:			

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Curso de Graduação:

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Instituição:	
Cidade:	Concluído em:
Curso de Graduação:	
Instituição:	
Cidade:	Concluído em:
PÓS-GRADUAÇÃO (CONCLUÍDOS OU EM ANDAMENTO)	
Curso:	
Instituição:	Período:
Curso:	
Instituição:	Período:
Curso:	
Instituição:	Período:
ATUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL	
Instituição:	
Cargo/Função:	
Carga Horária Semanal:	Período (Mês/Ano):
ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR	
Instituição:	
Cargo/Função:	
Carga Horária Semanal:	Período (Mês/Ano):
Orientador (a):	
Linha de Pesquisa:	
Título da proposta de projeto:	

Todas (os) as (os) candidatos(as) que optarem por concorrer às vagas reservadas para ações afirmativas devem assinalar sua opção no ato da inscrição e anexar os documentos listados no item 3.4, letra E.

Declaro que as informações acima apresentadas são verdadeiras; também declaro que, se aprovado (a), deverei entregar, no ato da matrícula uma declaração da minha instituição ou empresa em que trabalho liberando-me para cursar esse Doutorado.

Fortaleza, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do Candidato (a)