

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 MESTRADO TURMA 2027

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

*Favor preencher os campos com letra de forma

FOTO 3X4
INSIRA AQUI

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:			
Instituição:			
Cidade:		Concluído em:	

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

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) candidatas (os) 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 5.4, 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 Mestrado.

Fortaleza, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Candidato (a)