



Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa



ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO



INSCRIÇÃO Nº _____/201__ (uso do Programa)

LINHAS DE PESQUISA:

- Linha 1: *Avaliação Química e Biológica de Produtos Naturais*
- Linha 2: *Avaliação Clínico/Laboratorial de Processos Fisiopatológicos*
- Linha 3: *Desenvolvimento e Controle de Fármacos, Medicamentos e Correlatos*

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO					
Nome Completo:					Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pessoa com Necessidades Especiais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Complete a Ficha em Anexo (Ficha para Pessoa com Necessidades Especiais)					
Filiação	Pai:				
	Mãe:				
Data de Nascimento	Naturalidade/Estado		Nacionalidade		Estado civil
Carteira de Identidade		Título de Eleitor			C.P.F.
Número	Órgão Expedidor	Número	Zona	Seção	Número
Situação Militar:	Documento	Número	Categoria	Órgão Expedidor	Data
Endereço Residencial:					Nº:
Ap. nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:		CEP:
Fone Res.:		Fone Cel.:	e-mail:		



**Programa de Pós-graduação em
Ciências Farmacêuticas**

*Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa*



FORMAÇÃO ACADÊMICA						
GRADUAÇÃO	Curso		Instituição		Concluído em:	
PÓS-GRADUAÇÃO	Nível	Curso	Instituição	Local	Período de	C.H.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL (cargos atuais)		
Cargo/Função que exerce:		Carga horária semanal:
Instituição:		Setor/Departamento:
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:
Telefone:		
Cargo/Função que exerce:		Carga horária semanal:
Instituição:		Setor/Departamento:
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:
Telefone:		
Afastamento para cursar o Mestrado em Ciências Farmacêuticas:		
Tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não –		Regime de dedicação: ____ h semanais

Concorre à bolsa? Sim

DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que conheço o Edital de Inscrição, aceito o sistema e os critérios adotados pela Instituição para avaliar-me e que, em caso de ser aceito pelo PPGCF, comprometo-me a cumprir fielmente seus regulamentos.

Local e data

Assinatura

FICHA PARA PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Identificação	
Nome	
Curso	
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Paraparesia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Postomia <input type="checkbox"/> Membro com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> Teraparesia <input type="checkbox"/> Monoparesia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Monoplegia <input type="checkbox"/> Triparesia <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Triplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia
<input type="checkbox"/> Auditiva	Perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis ou mais, auferida por audiograma nas frequências de: <input type="checkbox"/> 500 Hz <input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 2000 Hz <input type="checkbox"/> 3000 Hz
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Cegueira - Acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. <input type="checkbox"/> Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. <input type="checkbox"/> Caso nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°.
<input type="checkbox"/> Mental	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Saúde e segurança <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas <input type="checkbox"/> Habilidades sociais <input type="checkbox"/> Lazer



**Programa de Pós-graduação em
Ciências Farmacêuticas**

*Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa*



	<input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade	<input type="checkbox"/> Trabalho
<input type="checkbox"/> Mental	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:	
	<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Saúde e segurança
	<input type="checkbox"/> Cuidado pessoal	<input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas
	<input type="checkbox"/> Habilidades sociais	<input type="checkbox"/> Lazer
	<input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade	<input type="checkbox"/> Trabalho
<input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla	Deficiência múltipla - Associação de duas ou mais deficiências	
<input type="checkbox"/> Mobilidade reduzida	Pessoa que por qualquer motivo, tenha dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.	
<input type="checkbox"/> Outras Necessidades Especiais	Indicar o Código Internacional de Doença. C I D: _____	

Local e data

Assinatura