



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO À SELEÇÃO DO CURSO DE **MESTRADO PROFISSIONAL** EM ODONTOLOGIA

Ilmo. Sr.  
Profa. Isabela Almeida Pordeus  
Coordenador do Colegiado do Programa  
de Pós-Graduação em Odontologia

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

assinatura

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
diplomado(a) pela \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
registro no CRO nº \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Aptº \_\_\_\_\_, Tel. ( )  
\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
Estado \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,  
solicita de V.Sa. sua inscrição ao exame de seleção de candidatos ao curso de Mestrado  
Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

Para esse fim, junta a este requerimento os seguintes documentos **(a serem assinalados pelo CPGO)**:

- \_\_\_\_\_ comprovante de pagamento da taxa de inscrição/isenção FUMP
- \_\_\_\_\_ 1 (UMA) foto 3 x 4;
- \_\_\_\_\_ Certificado de Alistamento Militar; **CPF; Cart. de Identidade; Cert. Nascim/Casam.**
- \_\_\_\_\_ certidão de quitação eleitoral;
- \_\_\_\_\_ cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone);
- \_\_\_\_\_ Cópia do diploma de graduação - frente e verso (e Mestrado, se houver);
- \_\_\_\_\_ histórico escolar dos cursos de Graduação;
- \_\_\_\_\_ visto de estudante ou residência permanente (para estrangeiros);
- \_\_\_\_\_ "curriculum vitae", no formato *Lattes*, com comprovantes;
- \_\_\_\_\_ 4 (quatro) vias do plano de trabalho para elaboração de dissertação.
- \_\_\_\_\_ comprovante de proficiência de língua estrangeira

Nestes termos  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Candidato

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.