

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Ceará

Universidade Regional do Cariri - URCA

Universidade Federal do Ceará - UFC

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**CHAMADA DE SELEÇÃO PÚBLICA PARA INGRESSO AO MESTRADO (N.01/2025) DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF/RENASF)**

MATRÍCULA INSTITUCIONAL E DOCUMENTAÇÃO

Nucleadora: UNILAB

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora UNILAB, vem informar sobre as orientações para matrícula institucional e o recebimento de documentação da 6ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, conforme Chamada de Seleção Pública nº. 01/2025:

- 1) Terão direito à matrícula os(as) candidatos(as) aprovados(as) e classificados(as), respeitados os limites das vagas estabelecidas pela chamada pública.
- 2) **O período de matrícula será das 08:00h do dia 02/03/2026 até as 17:00h do dia 03/03/2026.**
- 3) Os(as) candidatos(as) deverão enviar a documentação listada abaixo **em formato PDF** para o e-mail **renasfunilab@unilab.edu.br** (informando no assunto “MATRÍCULA RENASF/MPSF 2026 + NOME COMPLETO”):
 - a) Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado (**anexo 1**);
 - b) Foto 3x4
 - c) Cópia digitalizada da Carteira de Identidade (RG) ou da Carteira do respectivo Conselho Regional (em que conste a naturalidade) – frente e verso;
 - d) Cópia digitalizada do CPF (somente caso não conste no documento solicitado no item “c”);
 - e) Cópia digitalizada do diploma de curso de graduação da área da saúde (frente e verso), de curso registrado pelo MEC, emitido pela Pró-Reitoria de Graduação ou órgão equivalente da IES. Em casos de diplomas obtidos fora do país, somente serão aceitos se devidamente reconhecidos e validados no Brasil;
 - f) Cópia digitalizada da Certidão de Casamento ou Averbação de Divórcio (somente caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação/RG/Carteira do Conselho Regional);

- g) Comprovante de residência (caso não esteja em nome do(a) candidato(a), anexar Declaração de Residência assinada pela pessoa cujo nome consta no comprovante);
 - h) Currículo Lattes;
 - i) Cópia digitalizada de declaração de próprio punho (**modelo de texto disponível no anexo 2**) confirmando a veracidade da documentação apresentada no ato de matrícula, devendo constar o nome de cada documento apresentado;
 - j) Aos profissionais da saúde, deverão apresentar documento de liberação para cursar o mestrado, emitido pelo Secretário de Saúde (ou pessoa por ele designada, mediante comprovação formal expressa), de acordo com item 23-k do edital (**modelo de texto disponível no anexo 3**).
- 4) A documentação listada no item 3 é condição indispensável para efetivação da matrícula, não sendo aceitos documentos ilegíveis ou fora da validade.
- 5) A não efetivação da matrícula por candidato(a) no prazo fixado implica em sua desistência e consequente perda de todos os direitos decorrentes da aprovação e classificação no processo seletivo, possibilitando a convocação de candidatos(as) aprovados(as) e classificáveis para ocupar a(s) respectiva(s) vaga(s) ociosa(s), observada a ordem de classificação. A data para matrícula destes candidatos será nos dias **05/03/2026 e 06/03/2026**.
- 6) Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Geral do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, conforme suas competências e de acordo com a legislação das Nucleadoras.
- 7) O cronograma para os encontros das disciplinas do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF em 2026 será divulgado oportunamente aos matriculados.

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2026.

Coordenação do PPGSF/RENASF/UNILAB

ANEXO 1

Formulário de matrícula – Nucleadora UNILAB

I. Dados Pessoais			
Nome completo:			
Nome social:			
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:	Raça/cor:		
Gênero		Estado Civil:	
Data Nascimento:	Naturalidade:	UF:	
Nome completo da mãe:			
Nome completo do pai:			
Endereço Residencial			
Rua:	Nº:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Fone Res:()	Celular:()	
E-mail (usar letra de forma):			
Instituição/escola de ensino Médio:			
Tipo de escola que concluiu o ensino médio: () Pública () Privada			
Ano de conclusão do ensino médio:			
II. Formação Acadêmica – Graduação			
Curso:	Cidade/UF:		
Instituição:	Ano de Conclusão:		
III. Atividades profissionais atuais			
Cargo/Função:			
Instituição:	Cidade:		
Carga horária semanal:	UF:		
Cargo/Função:			
Instituição:	Cidade:		
Carga horária semanal	UF:		
IV. Indicativo Linha de Pesquisa			
1 - Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde da Família			
2 - Educação na Saúde			
3 - Promoção da Saúde			

VENHO REQUERER MATRÍCULA NA 6ª TURMA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ RENASF – 2026. NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Local/Data: _____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO 2

Modelo de Declaração de Próprio Punho

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, *{escreva nome completo}*, residente e domiciliado(a) em *{escreva endereço completo}*; inscrito(a) no CPF sob o nº *{escreva número do CPF}*, declaro, sob as penas da lei, para fins de matrícula institucional, juntamente ao PPGSF/RENASF/UNILAB, que as informações e os documentos apresentados: *{relacione todos os documentos: RG, CPF, diploma de graduação, certidão etc.}* são verdadeiros e autênticos.
E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Local, *{dia}* de *{mês}* de 2026.

{assine a declaração}

ANEXO 3

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: a declaração deve ser entregue em PAPEL TIMBRADO referente à Secretaria de Saúde do seu município.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PPGSF/RENASF

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA PARA MATRÍCULA - MESTRADO – 2026.1

Declaro, para os devidos fins, que esta gestão tem CIÊNCIA da aprovação e da intenção de matrícula do(a) profissional abaixo identificado(a) no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF), conforme previsto na Chamada Pública vigente.

As atividades presenciais do curso ocorrem, conforme edital, prioritariamente de forma quinzenal, às quintas e sextas-feiras.

- Nome do(a) profissional(a):
- CPF:
- Instituição/Órgão:

A presente declaração é emitida exclusivamente para fins de ciência institucional no ato da matrícula do(a) candidato(a) aprovado(a) no processo seletivo.

Local e data, _____, ____/____/2026.

Secretário(a) de Saúde

Assinatura (digital gov.br ou sistemas internos próprios/carimbo)

