

ORIENTAÇÕES PARA MATRÍCULA PARA O INGRESSO 2026 - Edital 01/2026

O Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS - PPG ATSUS torna público os trâmites para realização das matrículas para o Ingresso, nos termos do Edital 01/2026. O(a) candidato(a) selecionado(a) deverá efetuar sua **matrícula nas datas de 23 e 24 de julho de 2026 pelo e-mail ppgatsus@gmail.com**. O(a) candidato(a) que deixar de efetuar a matrícula nas datas mencionadas ou deixar de apresentar os documentos exigidos será considerado desistente, ficando a critério da PPG ATSUS a chamada de suplentes, obedecendo à ordem de classificação.

Os documentos exigidos são:

- I – Cópia da carteira de identidade (frente e verso);
- II – Cópia do CPF (caso não conste no documento de identidade);
- III – Cópia da Certidão de Casamento (caso tenha havido mudança no nome);
- IV – Cópia do comprovante de residência ou declaração de residência;
- V – Cópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral;
- VI – Cópia do comprovante de quitação com o serviço militar (alunos do sexo masculino entre 18 e 45 anos);
- VII – Uma foto 3x4;
- VIII – Ficha cadastral preenchida (**Anexo I**).

Observação: os documentos devem ser anexados ao email em **arquivos formato (PDF)**.

Porto Alegre, 20 de julho de 2024.

Alcindo Ferla
Gerente de Ensino e Pesquisa
Grupo Hospitalar Conceição

ANEXO 1 - CADASTRO DO(A) CANDIDATO(A)



NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

SEXO: () Feminino () Masculino

COR/RAÇA: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena

PCD: () SIM-Especifique: _____ () NÃO

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____ UF: _____

PAI: _____

MÃE: _____

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () União estável () Divorciado () Viúvo () Separado

ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

CPF: _____

RG: _____ DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: () SSP/RS () SJS/RS () Outro-Especificar: _____

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____ UF TÍTULO: _____

CERTIFICADO DE RESERVISTA: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CELULAR: () _____ TELEFONE RESIDENCIAL: () _____

TELEFONE PROFISSIONAL: () _____

EMAIL: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA: () _____

NOME DO CONTATO E PARENTESCO: _____

Porto Alegre, ____ de ____ 20____

Assinatura: _____