





# UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

## Secretaria-Geral

Cor/Raça declarada: <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não declarada <input type="checkbox"/> Não dispõe de informação <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta	É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se positivo, marque o tipo abaixo: <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou Baixa visão <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Surdo cegueira <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Autismo (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação <input type="checkbox"/> Outra: _____
--	--

### TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatutárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES

DECLARO, estar ciente que deverei complementar minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Declaro que as informações são verdadeiras:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pela matrícula

### DISCIPLINAS A SERAM CURSADAS NESTE SEMESTRE:

### TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatutárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES

DECLARO, estar ciente que deverei complementar minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS.