



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

Formulário de solicitação de Licença-maternidade

1. DADOS DA(O) DISCENTE

Nome: _____

Matrícula: _____

Data de admissão no programa: _____

Email: _____

Nível: () Mestrado () Doutorado

2. INFORMAÇÕES ACADÊMICAS E VÍNCULO DE BOLSA

Nome do(a) Orientador(a):

Bolsista: () Não () Sim

Agência: () CAPES () FAPEMIG () Outra: _____

Já qualificou? () Não () Sim Data da Qualificação: ____/____/____

Previsão da defesa: ____/____/____ (Considerar os meses da licença)

3. DADOS DO AFASTAMENTO (TIPO)

() Licença-maternidade

() Licença-paternidade

() Licença-adotante

() Guarda judicial

Data do parto ____/____/____

Data da alta hospitalar (Considerar o último a receber alta: mãe/ filho(a)) ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

4. INSTRUÇÕES DE ENVIO E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Este formulário deve ser devidamente preenchido, assinado de forma ou digital (pela(o) discente e orientador(a)) e enviado para o e-mail oficial da secretaria: **cpg.ppg.casa@gmail.com**.

Obs.: O pedido deve obrigatoriamente estar acompanhado dos seguintes documentos digitais:

- 1. Certidão de Nascimento do bebê ou documentação de adoção;**
- 2. Relatório de Alta Hospitalar do último a receber alta médica do hospital (mãe ou bebê).** *Esta documentação é essencial para a correta contagem e prorrogação dos prazos de bolsa e curso, conforme os termos do STF e agências de fomento.*

5. TERMO DE CIÊNCIA E ASSINATURAS

Assinatura da Discente

Assinatura do(a) Orientador(a) (Ciência)

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Formulário revisado em conformidade com as diretrizes vigentes dos normativos abaixo relacionados:

- *Portaria CAPES nº 209, de 08 de maio de 2026.*
- *Lei nº 14.925, de 17 de julho de 2024.*