

## INSTRUÇÕES PARA PRIMEIRA MATRÍCULA - ALUNOS REGULARES NA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

- 1- As matrículas serão realizadas através do envio dos documentos abaixo no endereço eletrônico (e-mail) do respectivo programa de pós-graduação em que o candidato foi aprovado somente no período de **31/08 e 02/09/2026**. A documentação somente será aceita nas respectivas datas, após esse período, o candidato será considerado desistente.

Administração (mestrado profissional) – [ppgadm.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgadm.rv@ifgoiano.edu.br)

Agroquímica (mestrado e doutorado) – [ppgaq.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgaq.rv@ifgoiano.edu.br)

Biodiversidade e Conservação (mestrado e doutorado) – [ppgbio.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgbio.rv@ifgoiano.edu.br)

Bioenergia e Grãos (mestrado profissional) – [ppgbg.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgbg.rv@ifgoiano.edu.br)

Biotecnologia e Biodiversidade (doutorado) – [ppgbiotecnologia.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgbiotecnologia.rv@ifgoiano.edu.br)

Ciências Agrárias - Agronomia (mestrado e doutorado) – [ppgca.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgca.rv@ifgoiano.edu.br)

Engenharia Aplicada e Sustentabilidade (mestrado profissional) – [ppgeas.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgeas.rv@ifgoiano.edu.br)

Tecnologia em Alimentos (mestrado profissional) – [ppgta.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgta.rv@ifgoiano.edu.br)

Zootecnia (mestrado) – [ppgz.rv@ifgoiano.edu.br](mailto:ppgz.rv@ifgoiano.edu.br)

- 2- **Atenção:** O envio de documentação incompleta resultará na não efetivação da matrícula.
- 3- **OBS:** Todos os documentos enviar em arquivo Word ou PDF, Não ACEITAMOS arquivo em foto de imagem/celular e outros)
- 4- Os documentos necessários para a matrícula são:

### Alunos de Mestrado:

- Ficha de matrícula com aceite do orientador com foto 3x4 atual, (ANEXO I);
- Cópia do RG (**NÃO SÃO** aceitas cópias de CNH e identidades profissionais);
- Cópia do CPF;
- Cópia da certidão de nascimento ou da certidão de casamento;
- Cópia do diploma de graduação ou do certificado (certidão) de colação de grau;
- Cópia do histórico escolar da graduação;
- Comprovante de residência atual (nome do candidato ou pai e mãe);
- Ficha de matrícula semestral (ANEXO II).

### Alunos de Doutorado:

- Ficha de matrícula com aceite do orientador com foto 3x4 atual, (ANEXO I);
- Cópia do RG (**NÃO SÃO** aceitas cópias de CNH e identidades profissionais);
- Cópia do CPF;
- Cópia da certidão de nascimento ou da certidão de casamento;
- Cópia do diploma de Mestrado ou do certificado ou ata de Defesa;
- Cópia do histórico escolar do Mestrado;
- Comprovante de residência atual (nome do candidato ou pai e mãe);
- Ficha de matrícula semestral (ANEXO II).

5 – Dúvidas favor entrar em contato através do e-mail do programa.

Abaixo seguem as fichas de matrícula de aluno regular e de matrícula semestral (favor indicar quais disciplinas serão cursadas esse semestre).

| FICHA DE MATRÍCULA ALUNO REGULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| MATRÍCULA :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      | _____ SEMESTRE / _____                      |                   |
| PROGRAMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | Nível:<br>Mestrado ( ) Doutorado ( )        |                   |
| LINHA DE PESQUISA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                             |                   |
| IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                             |                   |
| NOME COMPLETO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                             |                   |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DATA DE NASCIMENTO:                  | NATURALIDADE:                               |                   |
| IDENTIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ÓRGÃO EMISSOR:                       | UF:                                         | DATA DE EMISSÃO:  |
| NACIONALIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VISTO PERMANENTE:<br>( ) Sim ( ) Não | SEXO:<br>( ) Masculino ( ) Feminino         | ESTADO CIVIL:     |
| DECLARAÇÃO DE RAÇA/COR: ( ) BRANCA ( ) PRETA<br>( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      | PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:<br>( ) Sim ( ) Não |                   |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      | NÚMERO, QUADRA, LOTE:                       |                   |
| BAIRRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CEP:                                 | CIDADE:                                     |                   |
| UF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PAÍS:                                | E-MAIL:                                     |                   |
| TELEFONE CELULAR: ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TELEFONE RESIDENCIAL: ( )            | TELEFONE COMERCIAL: ( )                     |                   |
| POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO: ( ) SIM ( ) NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | INSTITUIÇÃO/EMPRESA:                        |                   |
| DATA DE ADMISSÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RENDIMENTO:                          | PROFESSOR SUBSTITUTO: ( ) SIM ( ) NÃO       |                   |
| NA FAMÍLIA: QUANTAS PESSOAS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      | RENDA FAMILIAR: R\$                         |                   |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                             |                   |
| G<br>R<br>A<br>D<br>U<br>A<br>C<br>A<br>O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOME DO CURSO:                       |                                             | ANO DE CONCLUSÃO: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INSTITUIÇÃO:                         |                                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CIDADE:                              | UF:                                         | PAÍS:             |
| M<br>E<br>S<br>T<br>R<br>A<br>D<br>O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOME DO CURSO:                       |                                             | ANO DE CONCLUSÃO: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INSTITUIÇÃO:                         |                                             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CIDADE:                              | UF:                                         | PAÍS:             |
| DECLARAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                             |                   |
| <p>Declaro aceitar as disposições expressas no Regulamento Interno do PPG em _____, assumindo a responsabilidade, de qualquer espécie, pela autenticidade dos documentos entregues e informações prestadas no ato da matrícula neste estabelecimento, conforme legislação vigente.</p> <p>Rio Verde, _____, _____, _____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Pós-graduando</p> |                                      |                                             |                   |
| ACEITE DO ORIENTADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                             |                   |
| <p>Eu, _____ declaro para os fins que se fizerem necessários, que me disponho a orientar o pós-graduando (a) _____, aprovado (a) no Processo de Seleção _____ / 20_____, do PPG em _____.</p> <p>Rio Verde, _____, _____, _____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Professor</p>                                                                                              |                                      |                                             |                   |

**MATRÍCULA SEMESTRAL - \_\_\_\_/\_\_\_\_**

Programa: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_

Nome do (a) pós-graduando(a): \_\_\_\_\_

Nome do (a) Professor Orientador(a): \_\_\_\_\_

| Disciplinas a serem cursadas como aluno (a) regular |     |         |               |
|-----------------------------------------------------|-----|---------|---------------|
| Disciplina                                          | PPG | Crédito | Carga Horária |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |
|                                                     |     |         |               |

Rio Verde, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pós-graduando

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor Orientador

**ATUALIZAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

|                             |                                                                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Instituição/Empresa:</b> |                                                                                        |
| <b>Data de admissão:</b>    | <b>Data de desligamento:</b>                                                           |
| <b>Rendimento:</b>          | <b>Professor substituto:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

☐ Não possuo vínculo empregatício com nenhuma empresa ou instituição.

**ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO**

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Nome:</b>                        |                                   |
| <b>Endereço:</b>                    |                                   |
| <b>Bairro:</b>                      |                                   |
| <b>Cidade / Estado:</b>             | <b>CEP:</b>                       |
| <b>E-mail:</b>                      | <b>Telefone Comercial:</b> (    ) |
| <b>Telefone Residencial:</b> (    ) | <b>Telefone Celular:</b> (    )   |