



## Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

### Termo de Coorientação

Ilma. Sra. Coordenadora do **Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (PPGPSF) – RENASF/UFC.**

Eu, Prof(a). \_\_\_\_\_, orientador(a) do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, venho respeitosamente requerer de V.Sa. a oficialização do regime de coorientação do(a) referido(a) aluno(a) pelo(a) Prof(a). \_\_\_\_\_ que contribuirá \_\_\_\_\_.

Seguem abaixo os dados do docente convidado:

COORIENTADOR	
NOME	_____
DATA DO NASCIMENTO	___/___/___
RG	_____
ÓRGÃO EXPEDIDOR	_____
CPF	_____
ENDEREÇO:	_____ N° _____
COMPLEMENTO	_____
BAIRRO	_____
CEP	_____
CIDADE	_____
ESTADO	_____
TELEFONE(S) (Res.)	_____ (Trab.) _____ (Cel.) _____
ENDEREÇO ELETRÔNICO	_____
INSTITUIÇÃO DE ORIGEM	_____
MAIOR TITULAÇÃO	_____ ANO _____ ÁREA _____
INSTITUIÇÃO	_____ SIGLA _____
LOCAL	_____

Nestes termos, pede deferimento.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Co-orientador(a)

De Acordo:

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a)

Observação: Anexar Cópia do Diploma de Doutorado e Currículo Vitae do(a) Coorientador(a) externo ao PPGPSF.