## Universidade Estadual do Ceará - UECE Pró - Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PROPGPq Centro de Ciências da Saúde – CCS Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente



## REQUERIMENTO PARA QUALIFICAÇÃO/DEFESA DE DISSERTAÇÃO

## **DADOS PESSOAIS**

Nome do Aluno:			
E-mail:		Гelefone:	
DADOS			
PROJETO DE QUALIFICAÇÃO ( ) DEFESA DE DISSERTAÇÃO ( )			
Título:			
Orientador (a):			
Local:		Data: / /	Horário:
DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA			
Status	Nome Completo	Ano e maior Titulação	Instituição a qual está vinculado
Orientador (a)			
1º Membro Externo			
2 º Membro			
Suplente			
Fortaleza,dede			

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Av. Dr. Silas Munguba 1700 - Campus do Itaperi - Fortaleza-CE - CEP: 60.714.903

E-mail: cmpsca@uece.br

® 2020 - Governo do Estado do Ceará - Todos os direitos reservados

ASSINATURA DO ORIENTADOR