



**Governo do Estado do Ceará**  
**Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior**  
**Universidade Estadual do Ceará - UECE**  
**Centro de Ciências da Saúde - CCS**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC**



**DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

Eu, \_\_\_\_\_, Professor (a) do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE, declaro para os devidos fins que o/a aluno(a) \_\_\_\_\_, submeteu durante o curso os artigos a Revistas de Saúde Coletiva preenchendo os requisitos exigidos pelo programa, estando apto(a) a solicitar o diploma.

**Submissões:**

**Artigo 1**

Título do artigo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revista: \_\_\_\_\_

ISSN: \_\_\_\_\_

Data de Submissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classificação Qualis: \_\_\_\_\_

**Artigo 2**

Título do artigo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revista: \_\_\_\_\_

ISSN: \_\_\_\_\_

Data de Submissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classificação Qualis: \_\_\_\_\_

\*Anexar o comprovante ou o e-mail de resposta da submissão ou a carta de aceite do artigo.

\*Assinatura a próprio punho ou assinatura digital (gov.br).

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)