

**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**

**CADASTRO DE PROFESSOR EXTERNO**

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
País do Documento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Passaporte: \_\_\_\_\_ (se estrangeiro)  
E-mail alternativo: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Endereço para acessar este CV \_\_\_\_\_

**MAIOR TITULAÇÃO**

Ano da Titulação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nível Maior: \_\_\_\_\_  
País da Instituição: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PROFISSIONAL**

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
Logradouro (rua, avenida): \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_

\*Favor preencher os campos com letra de forma

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor(a)