

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

REQUERIMENTO PARA QUALIFICAÇÃO

() DISSERTAÇÃO () TESE

DADOS PESSOAIS

Nome do Aluno:			
E-mail:		Telefone:	

DADOS DO PROJETO

Título: _____			

Orientador(a):			
Local: Núcleo de Pesquisa e Inovação em Saúde Coletiva – NUPEINSC/UECE			
Modalidade: Presencial	Sala:	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			
Expertise:			

2º Membro Interno			
Expertise:			

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

Suplente Interno ou Externo			
Expertise:			
Coorientador (a) Se houver			
Expertise:			

Link para checagem de vínculo do docente a programas de pós-graduação:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>

• Assinale abaixo as alternativas que já cumpriu até agora

- () Qualificação
() Estágio à docência () Estágio à docência II - Doutorado
() Proficiência em língua estrangeira (inglês) () Proficiência em língua estrangeira II - Doutorado
() Número mínimo de créditos de atividades e disciplinas obrigatórias: 22 Doutorado / 20 Mestrado
() Número mínimo de créditos de disciplinas optativas: 10 Doutorado / 8 Mestrado
() Estudo Tutorial/Orientado I
() Estudo Tutorial/Orientado II
() Artigos Doutorado (1 aceito e 2 submetidos)
() Artigos Mestrado (2 submetidos)

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura da Orientador(a)

Assinatura da Aluno(a)

O documento pode ser assinado eletronicamente nas plataformas (Gov.br, DocuSign ou equivalente)

Observações:

- a) Favor preencher os campos com letra de forma.
b) Comprovante de submissão de 1 (um) artigo para publicação, em coautoria com o orientador(a) que deverá ser anexada a este requerimento de qualificação.
c) Este formulário, deverá ser enviado juntamente com a [ficha](#) de cadastro de Professor Externo à secretaria do PPSAC até 15 dias antes da data da próxima reunião do colegiado.

Aprovação em reunião: ____/____/____.

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi - Fortaleza/CE – CEP: 60740-903

Fone (85) 3101.9826 (Ligação e WhatsApp)

Site <http://www.uece.br/ppsac/> E-mail saude.coletiva@uece.br Instagram [@ppsac.uece](https://www.instagram.com/ppsac.uece)