

 Fortaleza, xx de xxxxxxxx de 2022.

À Coordenação do PPG em Saúde Pública

PPGSP/FAMED/UFC

 Senhor(a) Coordenador(a),

 Oficializo junto a V. Sa. que o(a) doutorando(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**,** por mim orientado(a), apresentará a sua Qualificação / Defesa da Tese de Doutorado com o tema: *“xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx”*, com proposta de data para o dia **05 de fevereiro às 09 h**. Aproveito para sugerir os nomes dos membros da Banca Examinadora:

Membros Titulares:

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Membro: (Orientador) | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 2º Membro (docente do programa): | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 3º Membro (docente da UFC externo ao curso)  | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 4º Membro (docente externo ao curso e à UFC) | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 5º Membro (docente externo ao curso e à UFC) | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 6º Membro (docente externo ao curso e à UFC) | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |

 Membros Suplentes:

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Membro: (docente do programa) |  |
| 2º Membro: |  |

 Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, aguardo comunicado dos encaminhamentos solicitados.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientador(a)**

**AGENDAMENTO DA QUALIFICAÇÃO / DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

**Membros Titulares**:

|  |
| --- |
| **1º Examinador**:  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
|  Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado: País:  |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento:  |
| Telefones: E-mail:  |
| **2º Examinador**:  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
|  Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado:  |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento:  |
| Telefones: E-mail:  |
| **3º Examinador**:  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
|  Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento:  |
| Telefones: E-mail:  |
| **4. Examinador:**  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
|  Titulação: Doutor Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado: País: Brasil |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento: Saúde Comunitária |
| Telefones: E-mail:  |
| **5. Examinador:**  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
|  Titulação: Doutor Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado: País: Brasil |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento: Saúde Comunitária |
| Telefones: E-mail:  |
| **6. Examinador:**  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
|  Titulação: Doutor Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
|  Instituição onde concluiu o Doutorado: País: Brasil |
|  Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Departamento: Saúde Comunitária |
| Telefones: E-mail:  |

**Membros Suplentes**:

|  |
| --- |
| 1. **Examinador:**  |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
| Titulação: Doutor Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: Brasil |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Departamento: |
| Telefones: E-mail:  |
| 2. **Nome**:  |
|  Instituição:  |

**DADOS PARA CADASTRO DA BANCA NO SISTEMA SIGAA**

**RESUMO:**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**Palavras-chave:**

**Nº de páginas:**

**OBS: Preencher todas as informações solicitadas no cadastro acima**. **Não receberemos o ofício sem os campos preenchidos.**