

## SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/ALTERAÇÃO DE COORIENTAÇÃO

(Preencher com letra de imprensa ou digitar os dados)

Orientador: \_\_\_\_\_

Aluno: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado Acadêmico ( ) Doutorado Ano de Entrada: \_\_\_\_\_

Título do Projeto de Pesquisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Inclusão ( ) Alteração

Coorientador (a): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefones contato (obrigatório): \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

E-mail (obrigatório): \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

Vinculado a PPG da Instituição: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Anexar o currículo lattes e, no mínimo, as folhas de rosto de 3 publicações A1, A2 ou B1 no Qualis da área de Medicina I, no último triênio (EXCETO DOCENTES PERMANENTES DO PROGRAMA)

\_\_\_\_\_  
Orientador(a) Coorientador(a) Aluno(a)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Parecer da Coordenação da Pós-Graduação

Resultado: ( ) Deferido ( ) Indeferido

Obs.: Em caso de indeferimento justificar abaixo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Coordenação do Programa**