**R E Q U E R I M E N T O**

Ilmo. Sra. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/CCS/UFPB,

Nós, Prof.ª Dr.ª nome do orientador(a) e nome do discente, aluno(a) regular do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, nível de (Mestrado ou Doutorado) solicitamos a coorientação do(a) Prof.ª Dr.ª (nome do coorientador), Siape xxx, conforme Res. 79/2013 do CONSEPE/UFPB.

***RESOLUÇÃO Nº 79/2013* reza que:**

***Art. 31.***

***§7º*** *Para efeito do §4º deste artigo, o coorientador será um doutor docente do Programa ou de outros cursos de pós-graduação stricto sensu da UFPB ou de outra Instituição de Ensino Superior (IES),* ***bem como profissional de qualificação e experiência em campo pertinente*** *a proposta do curso, indicado pelo orientador, em comum acordo com o(a) aluno(a), para auxiliá-lo na orientação, com a aprovação do colegiado do programa.*

O(A) Dr.ª nome do(a) coorientador(a) ... adicionar justificativa da escolha com base em um dos requisitos do Art. 35 da Res 79/2013.

Nestes termos,

Pedimos deferimento.

Dados do(a) coorientador(a) para cadastro no SIGAA:

| Email:  CPF:  Filiação:  RG:  Data de nascimento: |
| --- |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prof.ª Dr.ª nome do(a) orientador(a)  Matrícula xxx | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do(a) discente  Matrícula xxx |
| --- | --- |