**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA FINS CADASTRAIS DE MEMBRO DE BANCA / CONVIDADOS DO PROGRAMA**

Nome:

Cargo/profissão:

RG: Órgão emissor:

CPF: Data de nascimento: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

E-mail:

Instituição de origem:

Endereço completo para correspondência:

Telefone(s):

Dados bancários: *(apenas para pessoas de fora de Teresina que receberão passagens e/ou hospedagem)*

- Banco

- Agência N° da conta

Ano de conclusão do ensino médio:

Maior titulação: ( ) mestre ( ) doutor

Instituição da maior titulação: País:

Ano de conclusão da maior titulação:

Área de conhecimento da maior titulação:

Bolsista de produtividade em pesquisa: ( ) Sim ( ) Não

- Se sim, qual o nível? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de participação no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade?

( ) Examinador externo ( ) Co-autor ( ) Coorientador

( ) Outro. Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COM DESLOCAMENTO AÉREO OU TERRESTRE CUSTEADO PELA UFPI**

Sugestão de data e horário do voo:

Ida – Volta –

Estará de férias no período da viagem? ( ) Sim ( ) Não