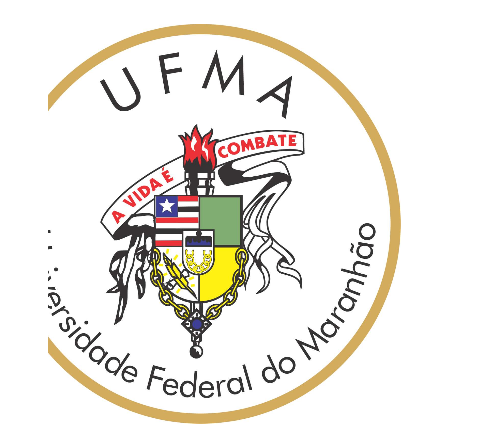
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA**

Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,

Pós-Graduação e Internacionalização - AGEUFMA

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF

Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PPGSF

Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala de tutoria, 1º Andar Norte/ Av. dos Portugueses, 1966 - Cidade Univ. Dom Delgado, Campus Bacanga, CEP: 60740-000 – São Luís -MA -Brasil/Fone: (98) 3272-9707 / [renasf@ufma.br](mailto:cmpsf@uece.br) / [www.renasf.ufma.br](http://www.uece.br/renasf)



**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COORIENTADOR**

Ao:

Prof. Dr. **XXXX**

Coordenador do PPGSF/RENASF/UFMA

Eu, **(Nome do Orientador)**, professor do Programa de Pós – Graduação em Saúde da Família, solicito que o(a) Prof(a). (**Nome do Coorientador**) seja cadastrado como coorientador(a) no projeto de Mestrado intitulado **“Título Provisório do Trabalho”**, do(a) aluno(a) **(Nome do(a) discente(a)**, sob minha orientação.

São Luís (MA), \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

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

NOME DO ORIENTADOR

(Orientador)

Declaração de anuência:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOME DO CO-ORIENTADOR  (Co-orientador) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOME DO CORDENADOR (Coordenador) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOME DO ALUNO  (Mestrando) |  |

Dados para contato do co-orientador:

|  |  |
| --- | --- |
| Email: | Telefone(s): |