

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE CAMPO GRANDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE**

**FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PROFESSOR EXTERNO**

Este formulário deve ser entregue na Secretaria de Pós-Graduação, com os campos preenchidos, para que o Professor visitante possa ser cadastrado como membro de bancas, e para que se possa pagar diárias e passagens, quando necessário.

**Nome:**

**Inst. de vínculo:**

**Doutor em:**

**Data de obtenção do título:**

**Universidade de obtenção do título:**

**Unidade/Depto:**

**Endereço residencial:**

<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	<b>Cidade:</b>
----------------	-------------	----------------

<b>Estado: MS</b>	<b>Tel. res.:</b>	<b>Tel. cel.:</b>
-------------------	-------------------	-------------------

<b>Tel. com.:</b>	<b>e-mail:</b>
-------------------	----------------

<b>Data de nascimento:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>
----------------------------	----------------	----------------

**Nome da mãe:**

<b>RG:</b>	<b>Data de expedição:</b>	<b>Órgão expedidor:</b>
------------	---------------------------	-------------------------

<b>CPF:</b>	<b>PIS/PASEP:</b>
-------------	-------------------

**Dados bancários**

<b>Banco:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>
---------------	-----------------

**Nº da Conta Corrente:**

**Exame de qualificação ( )**

**Defesa de dissertação ( )**

**Obs.:** Este formulário deve ser preenchido por completo e sem abreviações. Pode ser entregue pessoalmente ou enviado por e-mail: [ppges@uem.br](mailto:ppges@uem.br) Se houver dúvidas no preenchimento, entre em contato com a secretaria do Programa - telefone (67) 3902-2640

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE CAMPO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE**