

## ANEXO IV

### DADOS DO ORIENTADOR

Atenção: é obrigatório o preenchimento de todos os campos

Nome do orientador :	
Matrícula:	CPF:
e-Mail:	Telefone:( )

### 2. - DADOS DA VINCULAÇÃO

Instituto/Faculdade:
Nome do Programa:
Nome do Coordenador do PPG:
Tipo de vinculação do orientador na Pós-Graduação <input type="checkbox"/> ( ) Docente Permanente <input type="checkbox"/> ( ) Docente Colaborador



Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cassia Marqueti Durigan, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde**, em 26/08/2025, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.unb.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **12971042** e o código CRC **B0F4F74F**.

**Referência:** Processo nº  
23106.071937/2025-43

SEI nº 12971042