



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DO BRASIL

PORTARIA Nº 19/2022-PPGHB-UFPI

O Coordenador do Programa de Pós-graduação em História do Brasil e Presidente do Colegiado do mesmo Programa, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

Reformular Formulário de Cadastro de Professor (a) Externo (a) de Pós-Graduação em História do Brasil, conforme apêndice I.

Publique-se e cumpra-se.

Teresina 11 de novembro de 2022.

Francisco Gleison da Costa Monteiro

Francisco Gleison da Costa Monteiro
Coordenador do PPGHB-UFPI



CADASTRO PROFESSOR (A) EXTERNO (A)

1. Nome:		
2. Ano de nascimento:	Sexo:	Nacionalidade:
3. RG:	Órgão Expedidor:	UF:
4. CPF:		
5. Passaporte [se estrangeiro(a)]:	País de origem:	Data da validade:
6. Titulação:		
Titulação de Doutorado em:	Instituição do Doutorado:	
Cidade da Instituição:	Data da Certificação de Doutorado:	
7. Caso possua Matrícula/SIAPE (Universidade Pública):		
8. Endereço residencial:		

1. Nome: _____

2. Ano de nascimento: ___/___/___ **Sexo:** ___ **Nacionalidade:** _____

3. RG: _____ **Órgão Expedidor:** _____ **UF:** _____

4. CPF: _____

5. Passaporte [se estrangeiro(a)]: _____ **País de origem:** _____ **Data da validade:** _____

6. Titulação:

Titulação de Doutorado em: _____

Instituição do Doutorado: _____

Cidade da Instituição: _____ .País: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DO BRASIL - PPGHB



Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP 64049-550

7. Caso possua Matrícula/SIAPE (Universidade Pública) Telefones: (86)3215 5973 – E-mail: ppghb@ufpi.edu.br

8. Endereço residencial: Rua/ Av. _____

Cx P.: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Fone _____ Celular: _____ Email: _____

9. Vínculo Empregatício/Endereço profissional:

Instituição: _____

Unidade / órgão de lotação /depto: _____

Rua/ Av. _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Fone: _____

E-mail: _____

Programa de Pós-Graduação em que atua: _____

Regime de trabalho: Dedicção exclusiva() 40h () () Outro: _____

Categoria funcional: Titular () Adjunto() Assistente() Outro(.) _____