**ANEXO IV – PLANO DE ENSINO - PERÍODO LETIVO/ANO 2025**

**Programa:** Saúde Pública em Região de Fronteira

**Área de Concentração:** Saúde Pública

**Mestrado** (X**) Doutorado ( )**

**Centro:** Centro de Educação, Letras e Saúde

**Campus:** Foz do Iguaçu - PR

#### DISCIPLINA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código | **Nome** | **Carga horária** | | | |
| AT1 | **AP2** | **Total** |  |
|  |  | **60** |  | **60** |  |

(1 Aula Teórica;**2** Aula Prática)

#### Ementa

|  |
| --- |
|  |

#### Objetivos

|  |
| --- |
|  |

#### Conteúdo Programático

#### Atividades Práticas – grupos de ... alunos

|  |
| --- |
|  |

#### Metodologia

|  |
| --- |
|  |

#### Avaliação

(critérios, mecanismos, instrumentos e periodicidade)

|  |
| --- |
|  |

#### Bibliografia básica

**Bibliografia complementar**

#### Docente

**Data / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do docente responsável pela disciplina

#### Colegiado do Programa **(aprovação)**

|  |
| --- |
| **Ata nº , de / / .**  **Coordenador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  assinatura |

#### Conselho de Centro **(homologação)**

|  |
| --- |
| **Ata de nº , de / /**  **Diretor de Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  assinatura |

Encaminhada cópia à Secretaria Acadêmica em: / / .

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

Nome/assinatura