 

Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Clínica

Programa de Pós‐Graduação em Ciências Médicas

#  Exame de Qualificação

Encaminhada a Coordenação via e-mail, pelo menos **10 (dez) dias** antes da data da defesa.

**Mestrado** ( ) / **Doutorado** ( )

 Nome: Orientador (a):

Assinatura do Orientador (a):

Assinatura do Discente:

Título do Projeto:

#  Dados do Trabalho

 **Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Data: \_\_/ \_/\_\_\_**  **Hora: \_\_\_\_\_ Páginas:** **\_\_\_\_\_\_**

 **Resumo:**

 Palavras Chaves:

1

#  Banca

(Composta por 03 membros, incluindo o orientador, onde obrigatoriamente pelo menos 1 membro de fora do PPGCM). Fonte: [https://ppgcm.ufc.br/wp-content/uploads/2022/10/regimento-](https://ppgcm.ufc.br/wp-content/uploads/2022/10/regimento-interno-ppgcm-novo-1.pdf) [interno-ppgcm-novo-1.pdf](https://ppgcm.ufc.br/wp-content/uploads/2022/10/regimento-interno-ppgcm-novo-1.pdf)

 1º Membro Nome:

E-mail:

( ) Examinador Interno ao Programa ( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição ( ) Examinador Externo à Instituição

Obs.:

Para Examinador Externo ao Programa preencher apenas **NOME e EMAIL.**

Para Examinador Externo à Instituição preencher **FORMULÁRIO ABAIXO. Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

CPF\*: Passaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Ensino\*:

Maior Formação\*:

\* Campos obrigatórios

Ano de Conclusão\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2º Membro Nome:

E-mail:

( ) Examinador Interno ao Programa ( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição ( ) Examinador Externo à Instituição

Obs.:

Para Examinador Externo ao Programa preencher apenas **NOME e EMAIL.**

Para Examinador Externo à Instituição preencher **FORMULÁRIO ABAIXO. Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

 CPF\*: Passaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instituição de Ensino\*:

 **Maior Formação\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano de Conclusão**\***:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\* Campos obrigatórios**

 3º Membro Nome:

E-mail:

( ) Examinador Interno ao Programa ( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição ( ) Examinador Externo à Instituição

Obs.:

Para Examinador Externo ao Programa preencher apenas **NOME e EMAIL.**

Para Examinador Externo à Instituição preencher **FORMULÁRIO ABAIXO. Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

 CPF\*: Passaporte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Ensino\*:

Maior Formação\*:

\* Campos obrigatórios

Ano de Conclusão\*:

 Suplente Nome:

E-mail:

( ) Examinador Interno ao Programa ( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição ( ) Examinador Externo à Instituição

Obs.:

Para Examinador Externo ao Programa preencher apenas **NOME e EMAIL.**

Para Examinador Externo à Instituição preencher **FORMULÁRIO ABAIXO. Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

 CPF\*: Passaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instituição de Ensino\*:

Maior Formação\*: Ano de Conclusão\*: \_\_\_\_\_\_

\* Campos obrigatórios