 

Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Clínica

Programa de Pós‐Graduação em Ciências Médicas

#  Defesa de Tese do Doutorado

Encaminhar o formulário à Coordenação via e-mail do programa (secretaria.ppgcm@ufc.br) com 10 (dez) dias de antecedência a data de reunião do Colegiado do Programa para aprovação da banca, a defesa somente será cadastrada após aprovação em reunião do Colegiado de acordo com o Art. 41 do Regimento do PPGCM, disponível no site:

<https://ppgcm.ufc.br/wp-content/uploads/2022/10/regimento-interno-ppgcm-novo-1.pdf.>

 Nome: Orientador (a):

Assinatura do Orientador (a):

Assinatura do Discente:

Título do Projeto:

 Requisitos para solicitar marcação de Defesa:

 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)

1. Obtenção de todos os créditos exigidos em disciplinas, aprovação em todas as disciplinas obrigatórias da matriz curricular, que tenha média final, medida pelo CR, maior ou igual a sete (7).
2. Aprovação no exame de Qualificação e Proficiência.
3. Envio à coordenação do curso ao menos um manuscrito relacionado à linha de pesquisa do trabalho final com aceite final para publicação periódico QUALIS A3 ou
superior internacional da Medicina I e outro submetido para periódico QUALIS A4 ou
superior Internacional da Medicina I.
* Caso haja, o exigido no item 3, encaminhar anexo a este formulário, documento comprobatório, carta ou e-mail confirmando o aceite final de publicação ou a primeira página do artigo publicado e do submetido.
* Caso não haja, o Orientador (a) deve realizar a justificativa no campo abaixo e assinar.

Justificativa com assinatura do Orientador (a) para não envio da documentação dos manuscritos conforme exigido no item 3.

 Assinatura do Orientador (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  Dados do Trabalho

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

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

 **Resumo:**

1

 Palavras Chaves:

#  Banca

A comissão de avaliação de tese será composta por cinco (5) pesquisadores, com
doutorado, professores de IES no Brasil ou no Exterior, sendo pelo menos um (1)
membro de outras Unidades da Federação, pelo menos dois (2) membros externos à UFC
e no máximo dois (2) membros do próprio programa, incluindo o orientador.
Obrigatoriamente, dois (2) membros devem ser bolsistas PQ/DT/CNPq. Conforme Regimento do Programa em seu Art. 41 a banca será submetida a aprovação em reunião ordinária do Colegiado do Programa, que ocorre preferencialmente na primeira sexta-feira últil de cada mês. 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\*:

\* Campos obrigatórios.

Ano de Conclusão\*:

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

\* Campos obrigatórios.

4º 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.**

5º 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.

 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.**

# \* Campos obrigatórios