 

Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Clínica

Programa de Pós‐Graduação em Ciências Médicas

#  Defesa de Dissertação do Mestrado

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 da dissertação com aceite final para publicação em periódico QUALIS A4 ousuperior da área de 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.
* 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 do manuscrito 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 da dissertação será composta por três (03) pesquisadores, com doutorado, professores de IES no Brasil ou no Exterior, sendo no máximo dois (2) membros do próprio programa, incluindo o orientador. Obrigatoriamente, um (1) membro deve ser de fora da UFC e um (1) membro deve ser bolsistas PQ/DT/CNPq. O coorientador poderá participar da banca examinadora em caso de ausência justificada do orientador ou caso o colegiado aprove justificativa do orientador para a referida participação. 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\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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