

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE MEDICINA**

 **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Rua Prof. Costa Mendes, 1608 - 4º andar, Fortaleza - CE - CEP 60430-140 Telefone: (+55) 85.3366.8208/ (85) 98596-2459 e-mail:secretaria.ppgcm@ufc.br

**Formulário de Proposição de Novo Componente Curricular – PPGCM/UFC**

**1. Identificação do Programa**

* Programa: Pós-Graduação em Ciências Médicas – UFC

**2. Tipo de Componente**

* ( ) Atividade
* ( ) Disciplina
* ( ) Módulo

**3. Nível**

* ( ) Mestrado
* ( ) Doutorado

**4. Identificação do Componente**

* Nome do Componente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Carga Horária Teórica: \_\_\_\_\_\_ h
* Carga Horária Prática: \_\_\_\_\_\_ h
* Número de Créditos:
	+ ( ) 1 crédito – 16h
	+ ( ) 2 créditos – 32h
	+ ( ) 3 créditos – 48h
	+ ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Natureza:
	+ ( ) Obrigatória
	+ ( ) Optativa
* Área de Concentração: Ciências da Saúde

**5. Docente Responsável**

* Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Justificativa**
*(Explique a relevância do componente para o PPGCM, destacando sua contribuição acadêmica, científica e formativa)*

**7. Objetivos**

**8. Ementa**

**9. Conteúdo Programático**

**10. Metodologia e Forma de Avaliação**
*(Especificar a abordagem metodológica e os critérios de avaliação da aprendizagem, nota, falta)*

➡️ **Critérios de aprovação**:
Considerar-se-á aprovado no componente curricular o(a) aluno(a) que apresentar **frequência igual ou superior a setenta e cinco por cento (75%)** das atividades desenvolvidas e **nota final igual ou superior a cinco (5,0), ou conceito aprovado.**

**11. Bibliografia**

* Bibliografia Básica:
* Bibliografia Complementar: