



Universidade Federal do Ceará
Campus de Sobral
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO DE COMISSÃO EXAMINADORA

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,

Solicitamos de V.Sa. o exame de qualificação, e homologação da Comissão Examinadora, conforme indicado a seguir. Outrossim, encaminhamos anexa uma cópia da proposta de qualificação, para fins de depósito.

DADOS DO ALUNO

Nome:	Matrícula:
Telefone: Residencial /Comercial (): _____	Celular (): _____
E-mail: _____	

DADOS DA PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO

Título:			
Orientador: Co-Orientador:			
Linha de Pesquisa: <input type="checkbox"/> Doenças crônicas e câncer <input type="checkbox"/> Biologia molecular e de micro-organismos <input type="checkbox"/> Neurociências <input type="checkbox"/> Inflamação e dor			
Local:	Páginas:	Data:	Horário:

DADOS DOS MEMBROS DA COMISSÃO EXAMINADORA

Status	Nome	Titulação	Instituição à qual está vinculado
Orientador			
Co-Orientador			
Membro I			
Membro II			

Observações:

1. A Comissão Examinadora da Defesa de Dissertação deverá ser constituída por no mínimo 3 (três) examinadores com título de doutor, sendo composta pelo **orientador**, co-orientador (quando houver), e outros 2 (dois) professores com o título de doutor, podendo esses componentes convidados serem do PPGCS ou não.
2. A apresentação de qualificação poderá se enquadrar em 3 (três) categorias; categoria 1 – qualificação do projeto de pesquisa; categoria 2 – apresentação de dados e/ou resultados; categoria 3 – artigo científico formatado de acordo com o periódico escolhido para submissão da pesquisa. Para as categorias 2 e 3, devem ser inseridas as seções Introdução, Revisão de Literatura, Relevância e Justificativa, e Objetivos geral e específico.
3. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde com 30 (trinta) dias antes da data da qualificação.
4. Recomenda-se fortemente que o mestrando leia o artigo 38 do Regimento do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFC/Campus de Sobral.

DADOS DE MEMBRO DA BANCA EXTERNO AO PROGRAMA (SE HOVER)

Nome:		IAPE (Se docente da UFC):
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:
Data Nascimento:	Naturalidade:	Nacionalidade:
Endereço:		
Fone: ()	Celular:	Email:
Maior titulação:		Ano da maior titulação:

Nome:		IAPE (Se docente da UFC):
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:
Data Nascimento:	Naturalidade:	Nacionalidade:
Endereço:		
Fone: ()	Celular:	Email:
Maior titulação:		Ano da maior titulação:

