



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

SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

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

Solicitamos de V.Sa. a defesa de Dissertação de Mestrado, e a homologação da Comissão Examinadora, conforme indicado a seguir.

DADOS DO ALUNO

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

DADOS DA DISSERTAÇÃO

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 BANCA EXAMINADORA

Status	Nome	Titulação	Instituição à qual está vinculado
Orientador			
Co-orientador			
Membro 1			
Membro 2			
Suplente Interno			
Suplente Externo			

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), **1 (um) membro titular do curso** e **1 (um) membro externo ao curso; 1 (um) membro suplente interno; e 1 (um) membro suplente externo.**
2. 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 defesa, juntamente com a comprovação da submissão de artigo científico com o nome do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde em periódico QUALIS A, B1 ou B2-Medicina II/CAPES.
3. Recomenda-se fortemente que o mestrando leia o Capítulo V do Regimento do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFC/Campus de Sobral.
4. O aluno deve entregar uma cópia de sua dissertação em PDF, na secretaria de mestrado em até 30 dias pós defesa

DADOS DE MEMBRO DA BANCA EXTERNO AO PROGRAMA

Nome:	SIAPE (Se docente da UFC):	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:
Data Nascimento:	Naturalidade:	Nacionalidade:
Endereço:		
Fone: ()	Celular:	Email:

Nome:	SIAPE (Se docente da UFC):	
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:
Data Nascimento:	Naturalidade:	Nacionalidade:
Endereço:		
Fone: ()	Celular:	Email:

Caso seja necessário solicitar passagens aéreas e/ou hospedagens em favor de convidados (não vinculados a UFC), cujas despesas sejam custeadas pelo PROAP-CAPEES, sejam informados os dados que seguem:

I - MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

II - PASSAGEM AÉREA

Discriminar os trechos de ida e de volta, os respectivos números dos vôos, companhia(s) aérea(s) e horários de partida.

III - HOSPEDAGEM

Período exato da hospedagem. Lembramos que a diária do hotel inicia-se ao meio-dia.

Caso a hospedagem compreenda dia de sábado, domingo ou feriado, o ofício deverá vir acompanhado de justificativa a ser analisada pelo Gabinete do Reitor.

IV - INFORMAÇÕES BÁSICAS:

1. Nome completo:
2. Data de nascimento:
3. Sexo:
4. E-mail:
4. País (se estrangeiro):
5. Escolaridade:
6. Titulação - Nível, Instituição, País:

V - LOCALIDADE

1. Endereço completo:
2. Bairro:
3. Cidade:
4. Estado:
5. CEP:
6. Fone - (DDD) fixo e celular:

VI - IDENTIDADE

1. Tipo - Título eleitoral/Passaporte (se estrangeiro)/RG/Carteira de trabalho:
2. Registro:
3. Órgão expedidor:
4. UF:
5. Cargo:
7. SIAPE (quando for servidor do Poder Executivo):

VII - ORIGEM

1. Órgão de vinculação:

Sobral, ____ de _____ de _____

[Nome e assinatura do Aluno]

[Matrícula]

[Nome e assinatura do Orientador]

