

PÓS-GRADUAÇÃO EM SÁUDE - Faculdade de Medicina

Eugênio do Nascimento, s/n – Dom Bosco – CEP 36038-330 – Juiz de Fora – MG

Tel. (32) 2102-3848 e-mail: ppgs.medicina@ufjf.edu.br

**COMPOSIÇÃO DE BANCA EXAMINADORA (QUALIFICAÇÃO MESTRADO):**

|  |
| --- |
| **Este formulário deverá ser entregue na Secretaria do PPgS 30 (trinta) dias antes da data da defesa, junto com:*** Cd com cópia do projeto de pesquisa, em PDF
* Carta Convite dos membros titulares da banca para assinatura da Coordenação;
 |

**1 - IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno(a):      | Nível:[ ]  Mestrado |
| Telefones de contato:      | E-mail:      |

**2 – PROJETO DE PESQUISA**

|  |  |
| --- | --- |
| Título do Projeto:      | Linha de Pesquisa:       |
| Professor Orientador:      | CPF:      |
| Professor Co-orientador (se houver):      | CPF:      |

**3 – LOCAL E DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local:      | Data:      | Horário:      |

**4 – MEMBROS DA BANCA:**

TITULARES – PROFESSORES DA UFJF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:      | Ano conclusão:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

TITULARES – PROFESSORES EXTERNOS À UFJF

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: [ ]  Sim [ ]  Não**  |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

SUPLENTE – PROFESSOR DA UFJF:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição:      | Ano conclusão:      |

SUPLENTE – PROFESSOR EXTERNO À UFJF:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:      | CPF:      | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço:Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES:** COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA |
|  | Participante Externo à UFJF | Participante Interno | Suplente Externo | Suplente Interno |
| Qualificação Mestrado | 01 | 02 | 01 | 01 |
| TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA, INCLUSIVE OS SUPLENTES, DEVERÃO TER O **TÍTULO DE DOUTOR.****PROFESSOR EXTERNO:** Todo aquele que não possui vínculo com a UFJF. Podendo ser Professor/Pesquisador de Universidade/Empresa Pública ou Privada.**PROFESSOR INTERNO**: O Professor Orientador conta como 01 (um) membro interno.**PPgS – FEV/2013** |