 

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:**

|  |
| --- |
| Este formulário deverá ser entregue na Secretaria do PPgS 45 (quarenta e cinco) dias antes da data da defesa, junto com:* Cd com cópia de Dissertação ou Tese em PDF;
* Mestrado - Cópia do artigo com o comprovante de envio para periódico;
* Doutorado - Cópia do artigo com o comprovante de aceite ou publicação;
* Carta Convite dos membros titulares da banca para assinatura da Coordenação;
* Formulário de Participação do Membro externo (quando houver viagem)
* Proposta de Banca
* Enviar o resumo e os membros da Banca Examinadora por e-mail.
 |

|  |
| --- |
| **COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA** |
|  | Participante Externo à UFJF | Participante Interno | Suplente Externo | Suplente Interno |
| Mestrado | 01 | 02 | 01 | 01 |
| Doutorado | 02 | 03 | 02 | 02 |
| **TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA, INCLUSIVE OS SUPLENTES, DEVERÃO TER O TÍTULO DE DOUTOR.****CO-ORIENTADOR:** O co-orientador deverá participar da banca e não contará como membro interno**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. |

**1 - IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno(a):      | Nível:[ ]  Mestrado [ ]  Doutorado  |
| 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:      | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:       |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** – Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:       |
| 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:       | Data de Nascimento:      | 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:      |

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: [ ]  Sim [ ] Não**  |
| **2** – Nome:       | Data de Nascimento:      | 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:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:       |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição:      | Ano conclusão:      |

SUPLENTE – PROFESSOR DA UFJF:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome:       | Data de Nascimento:      | 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 EXTERNO À UFJF:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:       |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição:      | Ano conclusão:      |

SUPLENTE – PROFESSOR EXTERNO À UFJF:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome:       | Data de Nascimento:      | 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:      |

Juiz de Fora XX de XXXXXX de XXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno Assinatura do Orientador