

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](mailto:ppgs.medicina@ufjf.edu.br)

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

|  |
| --- |
| **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:  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: | | CPF: | Departamento: |
| E-mail: | | | |
| Titulação: | Área de concentração: | Instituição onde obteve a titulação: | Ano conclusão: |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** – Nome: | | 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: | | 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: | | 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: |
| E-mail: | | | |
| 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 Doutorado | 02 | 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** | | | | |