|  |  |
| --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ **FACULDADE DE MEDICINA**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA** **DOUTORADO EM PATOLOGIA** Rua Alexandre Baraúna,949 -Fortaleza-Ce – Tel./WhatsApp (085) 3366.8304 |

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Patologia

FAMED/UFC

Senhor(a) Coordenador(a),

Oficializo junto a V. Sa. que o(a) doutorando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** por mim orientado(a), apresentará a sua Tese de Doutorado com o tema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com data a ser agendada conforme a disponibilidade do calendário e de acordo com os membros da Banca Examinadora.

Aproveito a oportunidade para sugerir os nomes dos membros da Banca Examinadora e proposta de data para o dia \_\_/\_\_/\_\_\_\_, no horário de \_\_\_\_\_ horas e local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membros Titulares:

|  |  |
| --- | --- |
| Presidente (Orientador) |  |
| 1º Membro: |  |
| 2º Membro: |  |
| 3º Membro: |  |
| 4º Membro |  |
| 5º Membro |  |

Membro Suplente:

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Membro: |  |
| 2º Membro |  |

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, aguardo comunicado dos encaminhamentos solicitados.

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

**Orientador**

**AGENDAMENTO DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

Tema:

###### Candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: Horário:

Local:

**Membros Titulares**:

|  |
| --- |
| **1º Examinador Externo à UFC**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado:  País: Brasil |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |
| **2º Examinador Externo ao PPGPATO**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |
| **3º Examinador**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |
| **4º Examinador**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |
| **5º Examinador**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |

**Membro(s) Suplente(s)**:

|  |
| --- |
| 1. **Nome:** |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: Patologia e Medicina Legal |
| Telefones: E-mail: |
| **2. Suplente Externo à UFC**: |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro): |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: Brasil |
| Área de Atuação: |
| Instituição a que pertence: |
| Deptº: |
| Telefones: E-mail: |

**OBS: Favor preencher todas as informações solicitadas no cadastro acima**. **Não receberemos o cadastro se o mesmo não tiver com todos os campos preenchidos.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orientador**

**IMPORTANTE:**

1. Comprovar o aceite de um artigo científico no estrato Qualis A4 e outro artigo submetido no Qualis A3 ou superior da área de Medicina II (CAPES).
2. Comprovar **atualização recente** do currículo **LATTES** (anexar a primeira folha do lattes, contendo a data da atualização).
3. Tempo máximo de apresentação: até 45 minutos.

**DADOS PARA CADASTRO DA BANCA NO SISTEMA SIGAA**

RESUMO:

Palavras-chave:

Nº de páginas:

**PROJETO DE PESQUISA DE VÍNCULO DA TESE**

(**obrigatório CAPES/PRPPG**):

**Dados do projeto**:

Título:

Data de início do projeto (dia/mês/ano):

Integrantes do projeto (nome completo e CPF):

Descrição (breve resumo):