|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |

**PEDIDO DE BANCA PARA QUALIFICAÇÃO**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Mestrando: | |
| Telefone: | |
| E-mail: | |
| Título: | |
| Data: | Horário: |
| Local: | |

**DADOS DA BANCA EXAMINADORA**

|  |
| --- |
| **ORIENTADOR:** |
| Nome: |
| Titulação: |
| Instituição de Origem: |
| **1º MEMBRO:** |
| Nome: |
| Titulação: |
| Instituição de Origem: |
| **2º MEMBRO:** |
| Nome: |
| Titulação: |
| Instituição de Origem: |

**DADOS DO DOCENTE EXTERNO**

OBS: Caso algum membro seja externo, por favor, preencher este campo.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Titulação: Ano de Titulação: Instituição: | |
| CPF: | RG:  Órgão Expedidor: |
| Fone: | Email: |

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

RESUMO:

Palavras-chave:

Nº de páginas:

**OBS:**

1. Este formulário deve ser entregue, preenchido e assinado, na secretaria do Mestrado em Patologia **até 15 (quinze) dias antes da data da qualificação.**
2. Comprovar submissão de um artigo científico classificado no estrato Qualis A4 ou superior da área de Medicina II (CAPES).
3. **Comprovar atualização recente** do currículo **LATTES** (anexar a primeira folha do lattes, contendo a data da atualização).
4. Tempo máximo de apresentação: até 45 minutos.

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

Orientador