

PÓS-GRADUAÇÃO EM SÁUDE - Faculdade de Medicina

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

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

**COMPOSIÇÃO DE BANCA EXAMINADORA:**

|  |
| --- |
| Este formulário deverá ser enviado por e-mailpara a Secretaria do PPgS45 (quarenta e cinco) dias antes da data da defesa, junto com:* Dissertação ou Tese em PDF;
* Mestrado - Cópia do artigo com o comprovante de envio para periódico;
* Doutorado - Cópia do artigo com o comprovante de envio para periódico;
* 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.****COORIENTADOR:** O coorientador 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 da tese/dissertação:      | Linha de Pesquisa:       |
| Professor Orientador:      | CPF:      |
| Professor Coorientador (se houver):      | CPF:     e-mail:      |

**3 – LOCAL E DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local:**forma não presencial, conforme Resolução nº 10/2022-CSPP** | Data:      | Horário:      |

**4 – MEMBROS DA BANCA:**

TITULARES – PROFESSORES DA UFJF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:      |

TITULARES – PROFESSORES EXTERNOS À UFJF

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: [ ]  Sim [ ] Não**  |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo:      |
| E-mail:      | RG :     Orgão Expedidor:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: [ ]  Sim [ ] Não**  |
| **2** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo:      |
| E-mail:      | RG :     Orgão Expedidor:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |

SUPLENTE – PROFESSOR DA UFJF:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** – Nome:      | CPF:      | Departamento:      |
| E-mail:      |

SUPLENTE – PROFESSOR EXTERNO À UFJF:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo:      |
| E-mail:      | RG :     Orgão Expedidor:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo:      |
| E-mail:      | RG :     Orgão Expedidor:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:       | Telefones:           | E-mail:      |

Juiz de Fora XX de XXXXXX de XXXX

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

Assinatura do Aluno Assinatura do Orientador