

**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 (QUALIFICAÇÃO DOUTORADO):**

|  |
| --- |
| **Este formulário deverá ser encaminhado por e-mail para a Secretaria do PPgS 30 (trinta) dias antes da data da qualificação com:*** arquivo da tese/dissertação em PDF
* Carta Convite dos membros titulares da banca para assinatura da Coordenação;
 |

|  |
| --- |
| **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.**COORIENTADOR**: A presença do coorientador do candidato é facultativa |

**1 - IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno(a):     | Nível:☐ Doutorado  |
| Telefones de contato:      | E-mail:      |

**2 – PROJETO DE PESQUISA**

|  |  |
| --- | --- |
| Título do Projeto:     | Linha de Pesquisa:       |
| Professor Orientador:      | CPF:e-mail:        |
| Professor Coorientador (se houver):      | O Coorientador participará da banca:**☐**Sim ☐ NãoCPF:   e-mail:   |

**3 – LOCAL E DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Local:** **( ) presencial ( ) virtual ( ) hibrido**  **conforme Resolução nº 53 PROPP UFJF** | **Data:** | **Horário:** |

**4 – MEMBROS DA BANCA:**

**MEMBROS TITULARES INTERNOS – PROFESSORES DA UFJF**

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

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

**MEMBROS TITULARES EXTERNOS – PROFESSORES EXTERNOS À UFJF**

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: ☐Sim ☐ Não** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo: |
| E-mail:       |

**MEMBROS TITULARES EXTERNOS – PROFESSORES EXTERNOS À UFJF**

|  |
| --- |
| **Participante externo com participação remota: ☐Sim ☐ Não** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2**– Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo: |
| E-mail:       |

**MEMBRO SUPLENTE INTERNO– PROFESSOR DA UFJF:**

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

**MEMBRO SUPLENTE EXTERNO– PROFESSOR DA UFJF:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** – Nome:      | CPF:      | Instituição de Vínculo: |
| E-mail:       |