**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**FORMULÁRIO PARA BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Mestrando(a): Nome Completo | |
| Título da Dissertação: **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** | |
| Data da banca: Selecione a data | Horário: Digite o horário da Banca. |
| Banca Aberta ao Público? | Sim Não |
| Forma de participação do membro externo: | Presencial Videoconferência |
| *Link* da videoconferência (Meet): Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Forma de participação dos demais membros: | Presencial Videoconferência |
| Reservar sala? | Sim Não |

**COMPOSIÇÃO DA BANCA**

|  |
| --- |
| Orientador(a): Nome Completo. |
| Coorientador(a): Nome Completo. |
| 3º membro (docente do PPGCM): Nome Completo. |
| 4º membro (docente da IES): Nome Completo. |
| 5º membro (externo à IES): Nome Completo. |

**INFORMAÇÕES SOBRE O MEMBRO EXTERNO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: Nome Completo | CPF: Número do CPF |
| E-mail: E-mail completo. | Instituição (vinculo): Sigla ou Nome Completo. |
| Produção científica[[2]](#footnote-2): | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Referência bibliográfica do artigo conforme consta no**  **currículo Lattes** | **Qualis/Fator de Impacto** | **Área de Conhecimento (CAPES)** | | Bibliografia completa. | Digite. | Digite. | | Bibliografia completa. | Digite. | Digite. | | |

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS(AS) ORIENTADORES(AS)**

Declaro que a dissertação do(a) mestrando(a) Nome Completo do Orientando/Mestrando está em condições de ser defendida e avaliada pela banca examinadora.

Data: Data de envio do formulário.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura orientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura coorientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura mestrando |

**ATIVIDADE FUTURA**

(informações utilizadas para Coleta CAPES)

1. Vínculo empregatício:

Com vínculo  Sem vínculo  Vínculo Suspenso  Bolsista  Autônomo  Outros

2. Tipo de Instituição:

Instituição de Ensino e Pesquisa  Empresa Pública ou Estatal  Empresa Privada  Outros

3. Expectativa de atuação:

Ensino e Pesquisa  Pesquisa Empresas  Profissional Autônomo  Outras

4. Mesma área de titulação do mestrado:  Sim  Não

1. O formulário não deve ser manuscrito, exceto nos campos em que se solicita a assinatura. **Documentos incorretos ou com informações incompletas não serão aceitos.** Após o preenchimento, o formulário deve ser enviado para o e-mail [ppgcm@univates.br](mailto:ppgcm@univates.br) com 30 dias de antecedência da data da Banca de Defesa. [↑](#footnote-ref-1)
2. Informar dois artigos de *Qualis* superior em Medicina I, ou áreas afins, publicados nos últimos quatro anos. [↑](#footnote-ref-2)