**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 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)