**REQUERIMENTO PARA BANCA EXAMINADORA DE**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

|  |
| --- |
| **MESTRANDO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE TRANSLACIONAL** |
| **DISCENTE:**  |
| **TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:**  |   |
| **LINHA DE PESQUISA:**  |   |
| **DADOS DO TRABALHO:** |  |
| **ORIENTADOR(A):** |   |
| **COORIENTADOR(A):**  |  |
| **BOLSA:**( ) SIM ( ) NÃO |  **Órgão Financiador:****-** | **PERÍODO MÊS/ANO:**  |
| **DATA DA DEFESA:** |  |  **HORA:**  **LOCAL:**  |  Videoconferência ( ) Presencial ( ) |
| **ESTÁGIO DOCÊNCIA**: [ ] NÃO [ ]SIM **PERÍODO E DISCIPLINA:**  |
| **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA** (Conf. Regimento interno e Art. 18 II da Res. nº 10/2008): [ ] NÃO [ ]SIM , Período Total: (meses) |
| **PRORROGAÇÃO DE CURSO** (Conf. Regimento Interno e Art. 18 I da Res. nº 10/2008):[ ] NÃO [ ] SIM, Período Total: (meses) |
| **RESUMO no formato da Norma da ABNT 6028/2003:**  |
| **PALAVRAS-CHAVES:** |  **Nº DE PÁGINAS:**  |
| **RESUMO EM INGLÊS** |
| **PALAVRAS CHAVE EM INGLÊS:**  |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| **PRESIDENTE:**  |
| **MEMBROS TITULARES\***, são três (3), sendo pelo menos um externo ao Programa. |
| 1. **NOME COMPLETO:**
 |
| **SITUAÇÃO JUNTO AO CURSO: [ ] INTERNO [ ] EXTERNO** |
| **TITULAÇÃO:**  |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, CENTRO E DEPTO. DE ORIGEM:**  |
| 1. **NOME COMPLETO:**
 |
| **SITUAÇÃO JUNTO AO CURSO: [ ] INTERNO [ ] EXTERNO** |
| **TITULAÇÃO:**  |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, CENTRO E DEPTO. DE ORIGEM:**  |
| 1. **NOME COMPLETO:**
 |
| **SITUAÇÃO JUNTO AO CURSO: [ ] INTERNO [ ] EXTERNO** |
| **TITULAÇÃO:**  |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, CENTRO E DEPTO. DE ORIGEM:**  |
| **NACIONALIDADE:**  **E-MAIL:** **MÊS/ANO CONCLUSÃO: CPF:**  |
| **MEMBROS SUPLENTES\***, são dois (2), um interno e outro externo ao Programa. |
| 1. **NOME COMPLETO**:
 |
| **SITUAÇÃO JUNTO AO CURSO: [ ] INTERNO [ ] EXTERNO** |
| **TITULAÇÃO:**  |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, CENTRO E DEPTO. DE ORIGEM:**  |
| 1. **NOME COMPLETO:**
 |
| **SITUAÇÃO JUNTO AO CURSO: [ ] INTERNO [ ] EXTERNO** |
| **TITULAÇÃO:**  |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM, CENTRO E DEPTO. DE ORIGEM:**  |
| **NACIONALIDADE:**  **E-MAIL:** **MÊS/ANO CONCLUSÃO: CPF:**  |

***\*OBS:*** *a PROPESQ consultará**o Curriculum Lattes dos professores indicados para compor a comissão examinadora (examinadores e suplentes) de dissertação ou de tese. O Lattes deve estar atualizado com publicações nos últimos três anos, contendo paginação. Só será aceita publicação sem paginação quando a mesma for divulgada apenas em Meio Digital/Magnético, Homepage, Livros ou Capítulos de Livros.*

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PARENTESCO, CONFORME NORMAS VIGENTES**

Ao encaminhar a presente proposta de banca examinadora, declaramos que o orientador, coorientador, assim como os professores participantes da banca não possuem vínculo de parentesco civil (em linha reta ou colateral até o terceiro grau) ou natural (em linha direta ou colateral até o terceiro grau, por ascendência ou descendência) com o candidato acima, conforme prescreve o art. 52, § 3º da Resolução 19/2020 do CEPE-UFPE).

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

Assinatura

Prof(a). Dr(a) Orientador(a)