**Orientações:**

Para agendamento de Qualificação: com prazo de 15 (quinze) dias de antecedência este **Formulário** deverá ser remetido, pelo Orientador, à Secretaria de Pós-Graduação através do e-mail do Mestrado Profissional em Saúde no Ciclo Vital – ppgsmca@ucpel.edu.br

Para agendamento de defesa: com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência este **Formulário** deverá ser remetido, pelo Orientador, à Secretaria de Pós-Graduação através do e-mail do Mestrado Profissional em Saúde no Ciclo Vital – ppgsmca@ucpel.edu.br

De acordo com a Resolução Nº371, que põe em vigência o Regimento, sobre a composição da Banca Examinadora para Exame Geral de Qualificação:

*Art. 21 – Os alunos deverão realizar Exame Geral de Qualificação após terem completado os ¾ dosc reditos exigidos para os níveis de Mestrado.*

*§ 1º - Os Exames Geria de Qualificação serão realizados periodicamente, uma vez por ano, ou por solicitação do aluno feita com 2 meses de antecedência.*

*§ 2º -Não será atribuído grau ao aluno submetido ao Exame Geral de Qualificação, mas sim apenas a qualificação de aprovado ou reprovado. A Banca Examinadora será constituída por 3 professores permanentes do Curso, a partir de uma lista de sugestão com 5 nomes apresentadas pelo candidato e aprovada pelo orientador.*

*§ 3º - Para nível de Mestrado, o Exame Geral de Qualificação constará de avaliação e arguuição, com duração mínima de 45 minutos e máxima de 60 minutos, sobre projeto de pesquisa do aluno.*

De acordo com a Resolução Nº371, que põe em vigência o Regimento, sobre a composição da Banca Examinadora para Defesa de Dissertação:

*Art. 23 – As Bancas Examinadoras das Dissertações de Mestrado serão constituídas de, no mínimo, 3(três) doutores, sendo pelo menos um deles externo ao Curso*

**FORMULÁRIO**

**Solicitação de Defesa/Qualificação de Dissertação - 1 de 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Defesa de Dissertação** |  | **Qualificação de Dissertação** |  |

|  |
| --- |
| **PARA AGENDAMENTO** |
| **Data:** |  |
| **Hora:** |  |
| **Será presencial ou remota?** |  |
| **Em caso de ser remota, informar o endereço do *meet*:** |  |

|  |
| --- |
| **Nome Completo do(a) Discente:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Título Completo do Trabalho:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nome Completo do(a) Professor(a) Orientador(a):** |
|  |

|  |
| --- |
| **EXAMINADOR INTERNO** |
| **Nome Completo Examinador Interno\*:** |
|  |

**FORMULÁRIO**

**Solicitação de Defesa/Qualificação de Dissertação - 2 de 3**

|  |
| --- |
| **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde no Ciclo Vital** |
| **LINHA DE PESQUISA: assinalar a Linha de Pesquisa a qual o trabalho deve ser vinculado** |
| 1. **Atenção à Saúde no Ciclo Vital**
 |  |
| 1. **Avaliação de Serviços e Tecnologias em Saúde**
 |  |
| 1. **Promoção e Educação em Saúde**
 |  |

|  |
| --- |
| **EXAMINADOR EXTERNO 1 – PARA PLATAFORMA SUCUPIRA** |
| **Nome Completo Examinador Externo\*:** |
|  |
| **CPF\*:** |  |
| **IES à qual o(a) Examinador(a) está vinculado\*:** |  |
| **Data Nascimento** |  |
| **Ano da Titulação (Doutorado)** |  |
| **E-mail\*:** |  |
| **País da Instituição em que titulou-se (Doutorado)** |  |
| **Instituição em que titulou-se (Doutorado):** |  |
| **Área de Conhecimento da Titulação (Doutorado)** |  |
| **Informações Adicionais:** |  |

\* Informação obrigatória

**FORMULÁRIO**

**Solicitação de Defesa/Qualificação de Dissertação - 3 de 3**

|  |
| --- |
| **EXAMINADOR EXTERNO 1 – PARA PLATAFORMA SUCUPIRA** |
| **Nome Completo Examinador Externo\*:** |
|  |
| **CPF\*:** |  |
| **IES à qual o(a) Examinador(a) está vinculado\*:** |  |
| **Data Nascimento** |  |
| **Ano da Titulação (Doutorado)** |  |
| **E-mail\*:** |  |
| **País da Instituição em que titulou-se (Doutorado)** |  |
| **Instituição em que titulou-se (Doutorado):** |  |
| **Área de Conhecimento da Titulação (Doutorado)** |  |
| **Informações Adicionais:** |  |

\* Informação obrigatória