|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  FACULDADE DE MEDICINA  DEPARTAMENTO DE CIRURGIA  PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICO-CIRÚRGICAS |
|  | QUALIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO/TESE Encaminhada a Coordenação via e-mail, pelo menos **7 (sete) dias** antes da data da defesa. | |

**Mestrado** ( ) / **Doutorado** ( )

**Nome:**

**Orientador:**

**Co- Orientador**:

**Título do Projeto:**

**Dados do Trabalho**

**Local:****Universidade Federal do Ceará**

**Título:**

**Páginas:**

**Data:**      **Hora:**

Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo. Resumo

**Palavras Chave:**Palavras-chave, palavras-chave, palavras-chave .

**Banca (mínino de 3 membros)**

**1º Membro**

( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição

**Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

**CPF\*:**

**Passaporte:**

**Nome\*:**

**E–mail\***

**Instituição de Ensino\*:**

**Maior Formação\*:**       **Ano de Conclusão:**

**\* Campos obrigatórios**

**2º Membro**

( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição

**Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

**CPF\*:**

**Passaporte:**

**Nome\*:**

**E–mail\***

**Instituição de Ensino\*:**

**Maior Formação\*:**       **Ano de Conclusão:**

**\* Campos obrigatório**

**3º Membro**

( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição

**Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

**CPF\*:**

**Passaporte:**

**Nome\*:**

**E–mail\***

**Instituição de Ensino\*:**

**Maior Formação\*:**       **Ano de Conclusão:**

**\* Campos obrigatório**

**3º Membro**

( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição

**Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

**CPF\*:**

**Passaporte:**

**Nome\*:**

**E–mail\***

**Instituição de Ensino\*:**

**Maior Formação\*:**       **Ano de Conclusão:**

**\* Campos obrigatório**

**Suplente**

( ) Examinador Externo ao Programa ( ) Examinador Externo à Instituição

**Nacionalidade:** ( ) Nacional ( ) Estrangeira (\*OBRIGATÓRIO PASSAPORTE)

**CPF\*:**

**Passaporte:**

**Nome\*:**

**E–mail\***

**Instituição de Ensino\*:**

**Maior Formação\*:**       **Ano de Conclusão:**

**\* Campos obrigatório**