**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE DATA E BANCA PARA**

**EXAME DE QUALIFICAÇÃO MESTRADO/DOUTORADO**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) regularmente matriculado(a) no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_em Odontologia, na área de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo concluído as etapas necessárias à Qualificação da \_\_\_\_\_\_\_\_\_ [informar se é Dissertação ou Tese], Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com \_\_\_\_ páginas, vem solicitar à Coordenação deste Programa a indicação de data e banca examinadora para a Qualificação do referido trabalho.

**Anexo:** Cópia digital do Formulário e Projeto de Dissertação ou Tese em PDF.

**Via E-mail:** [ppgo@ufpa.br](mailto:ppgo@ufpa.br) - Título, Resumo, Abstract, Palavras-Chaves e Keywords.

.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Belém (PA), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_de 2025.

**PROPOSTA DE BANCA, DATA E HORÁRIO:**

Data da Qualificação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: (Colocar se será via Google Meet ou Presencial)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Confirme a disponibilidade de salas no Programa com a secretaria]

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

Assinatura do(a) aluno(a)

**Banca Examinadora:**

Presidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro interno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro interno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro EXTERNO [Obrigatório Inserir o nome completo, sem abreviações]: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF[Obrigatório]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail [Obrigatório]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de trabalho ou local de formação do doutorado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Em caso de membros estrangeiros:**

Membro externo [Obrigatório Inserir o nome completo, sem abreviações]:

Número do Passaporte [Obrigatório]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail [Obrigatório]:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de trabalho ou local de formação do doutorado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do ORCID [Obrigatório]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_