**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO MESTRANDO(A):** | | | | |
| Nome: | | | Matrícula: | |
| E-mail: | | | Turma: | |
| Tel.Res. | Tel.Profissional | | Tel.Celular | |
| **VENHO REQUERER HOMOLOGAÇÃO PARA DEFESA DE MESTRADO** | | | | |
| Título da dissertação: | | | | |
| Área de Concentração: **Saúde, Enfermagem e Cuidado.** | | | | |
| Linha de Pesquisa **( ) O Cuidado em Saúde e Enfermagem**  **( ) Enfermagem em Saúde Coletiva** | | | | |
| Data: | | | Horário: | |
| **COMISSÃO EXAMINADORA** | | | | |
|  | | | | Presidente |
|  | | | | Membro externo |
|  | | | | Membro interno |
|  | | | | Suplente externo |
|  | | | | Suplente interno |
| **Declaro que todas as exigências para o exame de qualificação da dissertação foram atendidas** | | | | |
| Integralização dos créditos | | | |  |
| Aprovado (a) em Exame de Qualificação | | | |  |
| Apresentado relatório discente | | | |  |
| Anuência do Orientador(a)  Assinatura | | Alguma Pendência  ( ) Não ( ) Sim. Qual? | | |
| **HOMOLOGAÇÃO** | | | | |
| Reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Decisão:  Assinatura do Presidente | | | | |

**PARA OS EXAMINADORES EXTERNO AO PPGENF INFORMAR**

**OS SEGUINTES DADOS**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Instituição: |
| Inicio de Vínculo: |
| Data da titulação: |
| Linha de Pesquisa: |
| CPF: |
| E-mail: |

**RESUMO**

|  |
| --- |
| Título: |
| Páginas: |
| Resumo: |
| Palavras Chave: |