**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ** FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA CLÍNICA

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica – Mestrado Profissional

Profa. Dra. Raquel Carvalho Montenegro

Sra. Coordenadora,

## Solicito a V.Sª. a realização do Exame de Qualificação de Mestrado, com o projeto intitulado "(**nome do projeto**)", do/a orientando/a **(nome completo, cpf),** do Curso de Mestrado Profissional em Farmacologia Clínica - UFC, no dia (**inserir data e horário**), em local a ser estabelecido por esta coordenação. A comissão julgadora, a título de sugestão, será constituída pelos seguintes membros:

**Nome/1º membro** (ORIENTADOR):

**Nome/2º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Nome/3º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Suplente 01:**

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Suplente 02:**

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**DADOS DO PROJETO PARA CADASTRO NO SIGAA**

Data da Qualificação:

Horário da Qualificação:

Título:

Resumo:

Palavras-Chaves:

Quantidade de páginas:

**Obs:** Enviar o formulário juntamente com o arquivo da qualificação, histórico escolar do aluno e Lattes de cada membro (primeira e segunda folha).

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20XX.

|  |
| --- |
| Atenciosamente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nome do Professor Orientador)  Professor do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica – Mestrado Profissional |