

**UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA VETERINÁRIA**REQUERIMENTO PARA HOMOLOGAÇÃO DE DEFESA**

NOME ALUNO		CELULAR DO ALUNO	MATRÍCULA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	LABORATÓRIO	LINHA DE PESQUISA	
TIPO	DATA	HORÁ	LOCAL (agendado pelo Aluno)
() Projeto Mestrado () Dissertação	__ / __ / __	__ h __ min	
TÍTULO			

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO e LABORATÓRIO	TÍTULO D.Sc./PhD.	CPF (membro externo)	E-mail (membro externo)
			(orientador)	

MEMBROS SUPLENTE DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	TÍTULO	CPF (membro externo)	E-mail (m. externo)
Externo				
Interno				

Orientações:

1. Digitar os dados acima, enviar para posgradmedvet@uenf.br com as assinaturas que pode ser pelo GOV.BR;
2. Todos os campos CPF e e-mail devem ser preenchidos;
3. Se encaminhar o requerimento com dados incompletos, incoerentes ou faltando anexo(s), ele será devolvido;
4. O prazo para envio deste requerimento será de 15 dias antes da defesa;
5. **Para a Defesa de Dissertação enviar anexado a este formulário:**
 - a. Histórico escolar;
 - b. Nada Consta que deverá ser solicitado pelo aluno à Secretaria Acadêmica (SECACAD) com 10 dias úteis de antecedência do envio ao PGMV;
 - c. Declaração de aprovação em seminário de dissertação;
 - d. Comprovante de submissão de artigo científico vinculado à dissertação em periódico com percentil (JCR/SJR, CiteScore e h5) > 50 (A1 à A4) da Ficha de Avaliação Acadêmica da Área de Medicina Veterinária da CAPES;
6. Encaminhar a boneca da dissertação em meio digital; e
7. O aluno(a) será responsável por agendar o local para a defesa e informar à Coordenação do Curso qualquer alteração.

ASSINATURAS

Aluno: _____ Data: ____/____/____

Orientador: _____ Data: ____/____/____

() Deferido () Indeferido

Coordenador: _____ Data: ____/____/____