



Nome: _____

Matrícula: _____

Orientador: _____

Ano de Admissão no Programa: _____

Caro Pós-graduando,

O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia notifica que a banca de defesa da dissertação ou tese será aprovada **APENAS** mediante o cumprimento dos requisitos abaixo listados. Queira, por gentileza, preencher este formulário e entregar em mãos ou por *e-mail* na secretaria do PPG.

→ **Disciplinas obrigatórias** – marque um **X** se já cursou (ao menos 75% de frequência documentada):

- Metodologia científica
- Estatística
- Formação Didático-Pedagógica em Saúde
- Bioética (*para alunos médicos*)
- Boas Práticas e Segurança no Laboratório (*para alunos com acesso ao laboratório durante a pesquisa*)

→ **Atividades obrigatórias** – marque um **X** se já cumpriu:

- Participação anual no Encontro de Pós-Graduação em Reumatologia
- Participação nas reuniões mensais de Apresentação de Projetos de Teses
- Participação semanal em 1 (um) ambulatório da tese e 1 (um) de assistência no serviço de Reumatologia (*para alunos médicos*)
- Certificado de Proficiência em Língua Inglesa
- Assistir duas Defesas de Tese/Dissertação. Indicar abaixo os nomes dos alunos que defenderam:

1º _____ Data da Defesa: ___/___/____.

2º _____ Data da Defesa: ___/___/____.

→ Total de **créditos exigidos** – marque um **X** se completou:

- Mestrado = 40 unidades de crédito
- Doutorado = 60 unidades de crédito

Assinatura: _____

Data: ___/___/___