**REQUERIMENTO DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**(A Ser Preenchido Pelo Aluno/Professor)**

**Estas informações (não manuscritas) devem ser encaminhadas à Secretaria do Programa (cópia física com assinaturas e cópia eletrônica, por e-mail), no mínimo 30 dias antes da defesa. Não utilize abreviações nos nomes dos envolvidos. O preenchimento incompleto atrasará o processo, pois ocorrerá devolução pela Secretaria.**

**DADOS PESSOAIS DO ALUNO**

Nome completo:

E-mail:

Mês/Ano de Matrícula:

Data da defesa: Sala: Horário:

**TÍTULO DO TRABALHO:**

**ORIENTADOR (A):**

**COORIENTADOR (se houver):**

**OS CAMPOS ABAIXO DEVEM SER INFORMADOS PELO ORIENTADOR**

Área de Concentração:

Linha de pesquisa:

Nome do projeto Cadastrado no Programa:

**COMPONENTES DA BANCA**

(Indicar a titulação do examinador junto ao nome, observando a grafia correta). **OBSERVAR NA NORMATIVA, OS CRITÉRIOS PARA A COMPOSIÇÃO DAS BANCAS.**

**Examinador 1 (presidente):**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 2:**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 3:**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 4:**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 5:**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 6 (suplente):**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

**Examinador 7 (suplente):**

Instituição:

Link para o CV Lattes:

☐ Terá participação à distância

☐ Participou da defesa do projeto (qualificação)

E-mail:

Para membro externo estrangeiro sem Currículo Lattes, encaminhar cópia em pdf do currículo.

**DADOS DO TRABALHO**

**ÁREA DE CONHECIMENTO (CNPq):**

Código:

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**PALAVRAS CHAVES**

Utilize somente **três,** separe-as por ponto e vírgula.

**KEYWORDS:**

**FINANCIADORES DO TRABALHO**

Deixar em branco caso não exista financiador.

 ( ) CAPES-DS ( ) CNPq ( ) Fundação Araucária ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NATUREZA DO FINANCIAMENTO**

Deixar em branco caso não aplicável.

 ( ) Bolsa ( ) Outro Auxílio Financeiro Número de Meses: \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**ATIVIDADE ATUAL E FUTURA DO CANDIDATO AO TÍTULO DE MESTRE OU DOUTOR**

**Tipo de Vínculo Empregatício Atual**

( ) CLT ( ) Servidor Público ( ) Aposentado

( ) Colaborador ( ) Bolsa de Fixação

**Tipo da instituição do Vínculo Empregatício Atual**

( ) Empresa Pública ou Estatal ( ) Empresa Privada ( ) Instituição de Ensino e Pesquisa

( ) Outros. Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expectativa de atuação Futura**

( ) Ensino e Pesquisa ( ) Pesquisa ( ) Empresas ( ) Profissional Autônomo

( ) Outros. Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pretende atuar na mesma área do seu Programa de Pós-Graduação?** ( ) sim ( ) não

**DECLARAÇÃO**

Declara-se para os devidos fins que o trabalho intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está pronto para ser enviado para a apreciação da banca. Declara-se também que foram cumpridos os requisitos a seguir:

☐Número de créditos conforme as Normas do Programa (disciplinas e atividades complementares);

☐Suficiência/Proficiência em Inglês;

☐Coeficiente de rendimento igual ou superior ao previsto nas Normas do Programa;

☐Aprovação no exame de qualificação;

☐Proficiência em língua portuguesa para estrangeiros.

**Declaro que estou ciente e de acordo, e que é de minha responsabilidade enviar as cópias do projeto para os membros da qualificação e em tempo hábil para realização da defesa na data prevista neste requerimento.**

 Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURAS**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Professor(a) Orientador(a) | Aluno(a) |

**PARA USO DA COORDENAÇÃO**

**PARECER SOBRE A COMPOSIÇÃO DA BANCA**

( ) Favorável ( ) Desfavorável, Justificativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

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

Nome e Assinatura do(a) responsável pela análise da composição da banca

**CADASTRO DE COMPONENTE DE BANCA**

**Membro Externo – 01**

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo:

Nacionalidade:

CPF (não usar pontos):

Data de nascimento:

Sexo:

RG:

Passaporte (Preencher apenas se for de origem estrangeira e não possuir CPF):

**CONTATO**

Telefones:

E-mail:

**TITULAÇÃO**

MAIOR NÍVEL: ( ) DOUTORADO ( ) NOTÓRIO SABER

Ano de Conclusão:

Área de Conhecimento:

Titulou na UTFPR? ( ) Sim ( ) Não Se não, informar sigla, nome e país da titulação.

Sigla:

Nome da Instituição:

País:

Livre Docente ( ) Sim ( ) Não

Pós-Doutorado ( ) Sim ( ) Não

Pesquisador CNPq? ( ) Sim ( ) Não Nível:

**INSTITUIÇÃO DE ORIGEM / VÍNCULO PROFISSIONAL ATUAL**

Início do vínculo:

Nome:

Sigla:

Caso atue em Programa de Pós-Graduação, favor informar:

Nome do Programa:

Área CAPES:

Professor Titular ( ) Sim ( ) Não

**PASSAGENS E/OU DIÁRIAS**

É necessário providenciar passagens: ( ) Sim ( ) Não

Tipo de transporte: ( ) aéreo ( ) rodoviário

Trecho para cotação de passagens: De: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de embarque: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Sugestão de horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de retorno: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Sugestão de horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aeroporto de embarque (origem): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É necessário providenciar diárias: ( ) Sim ( )Não

Período da viagem: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Meio de transporte utilizado: ( ) aéreo ( ) rodoviário ( ) veículo próprio

**DADOS BANCÁRIOS**

Agência:

Conta Corrente:

Banco:

**PARA USO DA COORDENAÇÃO**

Autorizo o uso de recursos do Programa para pagamento de ( ) DIÁRIAS e de ( ) PASSAGENS do membro externo citado acima.

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

Coordenador(a) do Programa