**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE TESE**

|  |  |
| --- | --- |
| Dados Pessoais | |
| Nome |  |
| Matrícula: |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A BANCA EXAMINADORA** | |  |  |  |
|  | Nome | E-mail | IES | Telefone |
| Presidente: |  | | | |
| Membro Interno |  |  |  |  |
| Membro Externo |  |  |  |  |
| Membro Externo |  |  |  |  |
| Membro Externo |  |  |  |  |
| Membro Suplente Interno |  |  |  |  |
| Membro Suplente Externo |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE TESE** | |
| Área de Concentração: |  |
| Linha de Pesquisa: |  |
| **TÍTULO:** | |
|  | |
| **TÍTULO EM INGLÊS:** | |
|  | |
| **OBJETIVO GERAL:** | |
|  | |
| **RESUMO EM PORTUGUÊS** | |
|  | |
| **RESUMO EM INGLÊS:** | |
|  | |
| **Palavras-Chave:** | |
| **Palavras-Chave em inglês:** | |
| **Número de páginas:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Local e Data:** |  |
| **Assinatura do/da discente:** |  |

**Autorização do Orientador:**

Eu, Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientador(a) do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – PPGCC/UFPB, autorizo, nesta data, o depósito de seu projeto de tese para exame de qualificação, onde o(a) discente irá depositar o seguinte material, juntamente com este formulário:

( )Arquivo digital do projeto nos formatos doc e pdf;

Informo que a previsão de realização da defesa é dia \_\_\_de \_\_\_ de 20\_\_\_ às \_\_h\_\_min.

Informo adicionalmente que a defesa terá a participação do(s) seguinte(s) membro(s) externo(s) da banca examinadora por vídeoconferência:

Autorizo que o exame de qualificação seja **público**: ( ) sim ( ) não

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CAMPO EXCLUSIVO DO PPGCC | | | |
| Data da Defesa: |  | Conceito |  |
| Data da Homologação |  | | |
| Assinatura do Funcionário |  | | |

Assinatura do(a) Orientador(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_