

REQUERIMENTO PARA HOMOLOGAÇÃO DE DEFESA

NOME ALUNO		CELULAR DO ALUNO	MATRÍCULA	
Rachel de Salles Freitas dos Santos		22 9 99643009	201811220007	
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	LABORATÓRIO	LINHA DE PESQUISA		
Ciências Naturais		Ensino de Ciências		
TIPO		DATA	HORÁRIO	LOCAL (agendado pelo Aluno)
() Projeto Mestrado () Dissertação	() Projeto de Doutorado () Qualificação (x) Tese	08/02/2022	16h	Vídeoconferência (HANGOUST)
TÍTULO				
O USO DA PLATAFORMA DE ENSINO REMOTO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM CIÊNCIAS NATURAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA				

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO/ CENTRO/LABORATÓRIO	TÍTULO D.Sc. ou PhD.	CPF (todo membro que não for do programa)	E-mail (todo membro que não for do programa)
Nilson Sergio Peres Stahl	UENF/CCT/LCMAT	PhD.		
Fernando José Luna de Oliveira	UENF/CCT/LCQUI	PhD.		
Arlindo José de Souza Júnior	UFU- Universidade Federal de Uberlândia	PhD.	041.133.628-23	arlindoufu@gmail.com
Maria Priscila Pessanha de Castro	UENF/ CCT/ LCFIS	PhD.		

MEMBROS SUPLENTES DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	TÍTULO	CPF (todo membro que não for do programa)	E-mail (todo membro que não for do programa)
externo Frederico da Silva Reis	UFOP- Universidade e Federal de Ouro Preto	PhD.	897.339.917.91	frederico.reis@ufop.edu.br
Interno Roberto da Trindade Faria Júnior	UENF/CCT /LCFIS	PhD.		

HOSPEDAGEM PARA MEMBRO EXTERNO	Data da Entrada	Data da Saída
Membro Externo 1		
Membro Externo 2		

PASSAGENS AÉREAS (1º Membro Externo)	Data - Hora Embarque	Data - Hora Desembarque
Nome		
Vinda (Cidade, aeroporto e nº do voo)	__/__/__ - __h_min	__/__/__ - __h_min
Retorno (Cidade, aeroporto e nº do voo)	__/__/__ - __h_min	__/__/__ - __h_min

PASSAGENS AÉREAS (2º Membro Externo-Caso Haja)	Data/hora Embarque	Data/hora Desembarque
Nome		
Vinda (Cidade, aeroporto e nº do voo)	__/__/__ - __h_min	__/__/__ - __h_min
Retorno (Cidade, aeroporto e nº do voo)	__/__/__ - __h_min	__/__/__ - __h_min

Observações:

- 1- Preencher digitado no computador e entregue impresso, com as datas e as devidas assinaturas originais;

- 2- Preencher nos espaços e lacunas vazias, mas, não deve acrescentar ou retirar qualquer informação que seja;
- 3- Prazo para entrega do requerimento de Defesa de Projeto na Secretaria de Cursos do CCT: No mínimo, **15** dias antes da defesa;
- 4- Prazo para entrega do requerimento de Dissertação/Qualificação/Tese na Secretaria de Cursos do CCT: No mínimo, **30** dias antes da defesa;
- 5- Se encaminhar o requerimento com dados incompletos, incoerentes ou faltando anexo(s), ele será devolvido ao orientador.

Anexar ao Requerimento de Defesa do Projeto:

PPGCN: Para Dissertação ou Tese: 1- Nada-Consta (solicitado na Secretaria Acadêmica da Reitoria); 2- Currículo *Lattes* atualizado dos membros externos; 3- CD-ROM com arquivo em pdf desprotegido, contendo: dissertação completa, (inclusive com o resumo da defesa, nº de páginas e as palavras-chaves); Área de concentração, linha de pesquisa e projeto; CPF e e-mail de todos os membros externos ao programa; Tipo(s) de bolsa(s); 4- Para tese deve comprovar aceitação de artigo para publicação em periódico indexado, junto com o manuscrito que versa sobre o tema da tese; 5- Comprovante de proficiência numa 2ª língua. **Para o exame de Qualificação:** Seguir a determinação da Resolução nº 6 de 2011.

As Informações abaixo são sobre o aluno, para o COLETA de DADOS da CAPES (Somente para defesa de dissertação/tese)

-Atividade Futura (marcar apenas um dos quadros de cada um dos quatro itens abaixo):

- 1- Vínculo Empregatício ou Previsto: a-Com Vínculo (x); b-Sem Vínculo (); c-Vínculo Suspenso (); d-Bolsista (); e-Autônomo (); f-Outros ()
- 2- Tipo de Instituição: a-Instituição de Ensino e Pesquisa (); b-Empresa Pública ou Estatal (x); c-Empresa Privada (); d-Outros ()
- 3- Expectativa de Atuação: a-Ensino e Pesquisa (x); b-Pesquisa (); c-Empresas (); d-Profissional Autônomo (); e-Outras ()
- 4- Mesma Área de Titulação: a- Sim (x); b- Não ()

-Contato:

1-Rua/Av., nº, compl.: Rua Luiz Izaltino de Oliveira nº 110 bloco 2/ 302
2-Bairro -Parque Califórnia- CEP: 20015170
3-Cidade – Campos dos Goytacazes Estado – RJ- País – Brasil -Caixa Postal: 28015-170
4-Telefone-Ramal – Fax - Celular: 22 9 9964-3009
5-E-mail: salles.rachel@gmail.com

N.T.A.D.

Estou ciente de todas as exigências deste requerimento, onde abaixo assino e dou fé:

Aluno: Rachel de Salles F. dos Santos Data: 16/12/2021

Orientador:  Data: 16/12/2021

() Deferido () Indeferido

Coordenador: _____ Data: __/__/____