



## RESOLUÇÃO Nº 1

Dá nova redação e altera dispositivos da Resolução PPGRACI nº 4, de 1º de dezembro de 2016.

**Art. 1º** – A Ementa da Resolução nº 4/2016 passa a vigorar com a seguinte redação:

Dispõe sobre a natureza, requisitos e condução dos exames de Pré-Qualificação e Qualificação e da Defesa Pública do Trabalho de Conclusão de Curso e as condições de finalização do Curso de Mestrado Profissional em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas.

**Art. 2º** – O caput do Art. 2º da Resolução nº 4/2016 passa a vigorar com a seguinte redação:

**Art. 2º** – O Exame de Qualificação será solicitado mediante o preenchimento do Formulário Exame de Qualificação – Solicitação (**Apêndice I**), em que o orientador propõe a composição da banca do exame e a data provável de realização do mesmo;

**Art. 3º** – O parágrafo 2º do Art. 5º da Resolução nº 4/2016 passa a vigorar com a seguinte redação:

§ 2º – Por ocasião da solicitação de defesa, os alunos deverão comprovar o cumprimento de todos os créditos relativos a disciplinas obrigatórias e optativas e atividades complementares, num total de 25 créditos, entregando, na **Secretaria dos Programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFAM**, o formulário Consolidação de Créditos Necessários para Agendamento da Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (**Apêndice II**) assinado pelo orientador e pelo Coordenador do PPGRACI.

**Art. 4º** - A Secção IV e o Art. 8º, com seu parágrafo único, da Resolução nº 4/2016, passam a vigorar com a seguinte redação:

### **SEÇÃO IV - DAS CONDIÇÕES DE FINALIZAÇÃO DO CURSO**

**Art. 8º** – Após sua aprovação, o aluno terá 60 (sessenta) dias, a contar da data da defesa, para entregar, na **Secretaria dos Programas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina**, a versão definitiva do TCC, com as correções indicadas pela Comissão Julgadora, se for o caso, **juntamente com o Termo de Anuência de Versão Final do TCC (Apêndice III) assinado pelo Orientador para solicitação de homologação pela Coordenação do PPGRACI.**

**Parágrafo único** – A elaboração da revisão para a versão definitiva do TCC é de responsabilidade do aluno, devendo haver anuência do Orientador.

**Art. 5º** – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Sala dos Professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus, **25 de abril** de 2017.

Ivan Tramuja da Costa e Silva  
Coordenador e Presidente do Colegiado do PPGRACI



**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Cirurgia (PPGRACI)**  
**Mestrado Profissional em Cirurgia**



**APÊNDICE I DA RESOLUÇÃO PPGRACI Nº 1/2017 (ALTERA A RES. PPGRACI Nº 4/2016)**  
**EXAME DE QUALIFICAÇÃO**  
**SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

**Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_**

Senhor Coordenador,

Eu Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, solicito de V.Sa. as providências necessárias para a realização do Exame de Qualificação para o Mestrado do(a) meu orientando(a): \_\_\_\_\_. Data para a realização do Exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Na ocasião, o(a) pós-graduando(a) apresentará a dissertação intitulada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para a composição da Banca Examinadora, indico o(a)s Prof(a)s. Dr(a)s. abaixo relacionado(a)s como membros titulares, com a Instituição de ensino a qual estão vinculado(a)s:

Nome e Titulação	Instituição de Ensino/Local	e-mail

E como membros suplentes:

Nome e Titulação	Instituição de Ensino/Local	e-mail

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

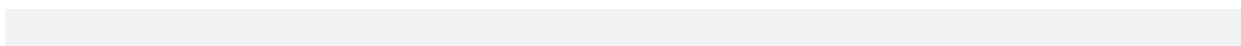
*Assinatura do Orientador*

**Para uso da CPG**

Homologado na Reunião da Coordenação do PPGRACI realizada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura





**Poder Executivo**  
**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal do Amazonas**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Cirurgia (PPGRACI)**  
**Mestrado Profissional em Cirurgia**



**APÊNDICE II DA RESOLUÇÃO PPGRACI Nº 1/2017 (ALTERA A RES. PPGRACI Nº 4/2016)**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**SOLICITAÇÃO DE DEFESA**

**Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_**

Senhor Coordenador,

Eu Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, solicito de V.Sa. as providências necessárias para a realização da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado Profissional em Cirurgia do(a) meu orientando(a): \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_.

Data para a realização da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Na ocasião, o(a) pós-graduando(a) defenderá o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Para a composição da Banca Examinadora, indico o(a)s Prof(a)s. Dr(a)s. abaixo relacionado(a)s como membros titulares, com a Instituição de ensino a qual estão vinculado(a)s (sendo um professor externo à UFAM):

Nome e Titulação	Instituição de Ensino/Local	e-mail

E como membros suplentes (sendo um professor externo à UFAM):

Nome e Titulação	Instituição de Ensino/Local	e-mail

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

*Assinatura do Orientador*

**Para uso da CPG**

Homologado na Reunião da Coordenação do PPGRACI realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura



**APÊNDICE III DA RESOLUÇÃO PPGRACI Nº 1/2017 (ALTERA A RES. PPGRACI Nº 4/2016)**  
**Termo de Anuência de Versão Final de TCC**

Eu, \_\_\_\_\_,  
 [Nome do(a) orientador(a)]

\_\_\_\_\_, orientador(a) do(a) mestrando(a)

\_\_\_\_\_,  
 [Nome do(a) mestrando(a)]

no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) \_\_\_\_\_  
 (Título do TCC)

\_\_\_\_\_,  
 (Título do TCC - continuação)

\_\_\_\_\_,  
 (Título do TCC - continuação)

declaro estar de acordo com as alterações feitas no TCC, decorrentes das sugestões dadas pelos componentes da banca de sua defesa, na data de \_\_\_\_\_, pelo que submeto o TCC, assim alterado, à homologação da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da UFAM, conforme preceitua o Artigo 8º da Resolução PPGRACI nº 4.

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura/carimbo Orientador(a)

**Coordenação do PPGRACI**

Data da Apreciação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Parecer:  Homologado

Não homologado

\_\_\_\_\_  
 Assinatura/carimbo Coordenador(a)