

---

## INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 04/2020-PPGO/UEPG

Regulamentar os critérios para a composição de bancas de qualificação e defesa de Dissertações e Teses do PPGO

**Considerando a Reunião do colegiado do Programa de Pós-graduação em Odontologia em 12 de Junho de 2020.**

**O COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – Área de Concentração – CLÍNICA INTEGRADE E DENTÍSTICA RESTAURADORA APROVOU E A COORDENAÇÃO SANCIONA A SEGUINTE INSTRUÇÃO NORMATIVA.**

**RESOLVE:**

Artigo 1º. Aprova os critérios para a composição de bancas de qualificação e defesa de Dissertações e Teses do do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PPGO/UEPG), em conformidade com as Resoluções CEPE nº 020, DE 19 DE JULHO DE 2016 e nº 007, DE 27 DE MARÇO DE 2018.

Artigo 2º Esta Instrução Normativa entra em vigor nesta data.

DÊ CIÊNCIA.

CUMPRA-SE.

Ponta Grossa, 12 de Junho de 2020

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nara Hellen Campanha Bombarda

*Coordenadora do PPGO/UEPG*

---

**Critérios para a composição de bancas de Qualificações e Defesas de Dissertações e Teses do PPGO/UEPG.**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 04/2020**

Fixa os critérios para composição de bancas de qualificações e Defesas do Programa de Pós-graduação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PPGO/UEPG).

O colegiado do PPGO/UEPG, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto e pelo Regimento Geral, e

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer normas e critérios a serem observados no âmbito do referido Programa,

**RESOLVE**

Art. 1º- Os critérios para composição da banca do Exame de Qualificação de Mestrado são os mesmos utilizados para compor a banca de Defesa da Dissertação.

Art. 2º Com relação ao parágrafo anterior, o membro externo ao PPGO, apenas para composição da banca do Exame de Qualificação, não necessita ser, obrigatoriamente, externo à UEPG.

Art. 3º A dissertação será apresentada junto à uma banca, composta por 03 (três) membros aprovados pelo Colegiado do Programa, na forma seguinte:

I - orientador do mestrando, o qual será presidente da banca e, na sua ausência, será substituído pelo coorientador;

II - 02 (dois) membros titulares e 02 (dois) suplentes.

§ 1º Pelo menos 01 (um) membro titular e 01 (um) suplente devem ser externos ao Programa e à UEPG.

§ 2º Os membros da Banca Examinadora deverão possuir o título de Doutor e, ainda, deverão possuir vínculo com Instituição de Ensino Superior e/ou Instituto de Pesquisa.

§ 3º Ter vínculo com Pós-Graduação Stricto Sensu.

Art. 4º - Os critérios para composição da banca do Exame de Qualificação de Doutorado são os mesmos utilizados para compor a banca de Defesa da Dissertação, descritos no art 3º.

Art. 5º A tese será apresentada junto à uma banca, composta por 05 (cinco) membros aprovados pelo Colegiado do Programa, na forma seguinte:

I - orientador do doutorando, o qual será presidente da banca e, na sua ausência, será substituído pelo coorientador;

II - 04 (quatro) membros titulares e 02 (dois) suplentes.

---

§ 1º Pelo menos 02 (dois) membros titulares e 01 (um) suplente devem ser externos ao Programa e à UEPG.

§ 2º Os membros da Banca Examinadora deverão possuir o título de Doutor e, deverão possuir o vínculo com Instituição de Ensino Superior e/ou Instituto de Pesquisa.

§ 3º Ter vínculo com Pós-Graduação Stricto Sensu.

Art. 6º - As solicitações deverão ser realizadas por protocolo digital SEI (<https://sisei.apps.uepg.br/protocolo-digital/geral>) por requerimento próprio, anexos I, II, III e IV a esta normativa, obedecendo aos prazos descritos nas Resoluções CEPE nº 020, DE 19 DE JULHO DE 2016 e nº 007, DE 27 DE MARÇO DE 2018.

Art. 7º - Os casos omissos a esta Resolução serão resolvidos pelo colegiado do PPGO/UEPG.

Art. 8º - Esta Instrução Normativa entra em vigor nesta data.

ANEXO I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA e DENTÍSTICA RESTAURADORA**

**REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO**

Senhor(a) Coordenador(a)

Solicitamos a Vossa Senhoria providências para a realização do Exame de Qualificação do(a) Mestrando(a) \_\_\_\_\_, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia – Área de Concentração: \_\_\_\_\_, Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_, sob o título: “\_\_\_\_\_”

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Membros da Banca Examinadora:

1. Nome do(a) Orientador(a)/Instituição	Presidente
2. Nome/Instituição	Membro 1
3. Nome/Instituição	Membro 2
Nome/Instituição	Suplente 1
Nome/Instituição	Suplente 2

**Membros Externos ao Programa**

Nome:	Fone:
E-mail:	
CPF:	

Ponta Grossa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

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

**Obs.1: Obedecer ao prazo de requerimento de 30 dias de antecedência da data prevista da qualificação.**

**Obs.2: Pelo menos 01 (um) membro titular e 01 (um) suplente devem ser externos ao Programa.**

Este formulário pode ser baixado em versão Word no link: <https://www2.uepg.br/ppgodonto/downloads/#page-content>

ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA e DENTÍSTICA RESTAURADORA**

**REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO**

Senhor(a) Coordenador(a)

Solicitamos a Vossa Senhoria providências para a realização do Exame de Qualificação do(a) Doutorando(a) \_\_\_\_\_, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia – Área de Concentração: \_\_\_\_\_, Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_, sob o título: “ \_\_\_\_\_ ”

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Membros da Banca Examinadora:

1. <b>Nome do(a) Orientador(a)/Instituição</b>	Presidente
2. <b>Nome/Instituição</b>	Membro 1
3. <b>Nome/Instituição</b>	Membro 2
<b>Nome/Instituição</b>	Suplente 1
<b>Nome/Instituição</b>	Suplente 2

**Membros Externos ao Programa e a UEPG**

Nome:	Fone:
E-mail:	
CPF:	

Ponta Grossa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

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

**Obs.1: Obedecer ao prazo de requerimento de 30 dias de antecedência da data prevista de qualificação.**

**Obs. 2: Obs.2: Pelo menos 01 (um) membro titular e 01 (um) suplente devem ser externos ao Programa.**

*Este formulário pode ser baixado em versão Word no link: <https://www2.uepg.br/ppgodonto/downloads/#page-content>*

ANEXO III



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA e DENTÍSTICA RESTAURADORA**

**REQUERIMENTO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

Senhor(a) Coordenador(a)

Solicitamos a Vossa Senhoria providências para a realização da Defesa de Dissertação do(a) Mestrando(a) \_\_\_\_\_, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia – Área de Concentração: \_\_\_\_\_, Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_, sob o título “ \_\_\_\_\_ ”

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_:\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Membros da Banca Examinadora:

1. Nome do(a) Orientador(a)/Instituição	Presidente
2. Nome/Instituição	Membro 1
3. Nome/Instituição	Membro 2
Nome/Instituição	Suplente 1
Nome/Instituição	Suplente 2

**Membros Externos ao Programa e a UEPG**

Nome:	Fone:
E-mail:	
CPF:	

Ponta Grossa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

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

**Obs.1: Um dos membros titulares e um dos suplentes devem ser externos ao Programa e a UEPG.**

Este formulário pode ser baixado em versão Word no link: <https://www2.uepg.br/ppgodonto/downloads/#page-content>

ANEXO IV



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA e DENTÍSTICA RESTAURADORA**

**REQUERIMENTO DE DEFESA DE TESE**

Senhor(a) Coordenador(a)

Solicitamos a Vossa Senhoria providências para a realização da Defesa de Tese do(a) Doutorando(a) \_\_\_\_\_, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia – Área de Concentração: \_\_\_\_\_, Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_, sob o título: “ \_\_\_\_\_ ”

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Membros da Banca Examinadora:

1. Nome do(a) Orientador(a)/Instituição	Presidente
2. Nome/Instituição	Membro 1
3. Nome/Instituição	Membro 2
4. Nome/Instituição	Membro 3
5. Nome/Instituição	Membro 4
Nome/Instituição	Suplente 1
Nome/Instituição	Suplente 2

**Membros Externos ao Programa e a UEPG**

Nome:	Fone:
E-mail:	
CPF:	
Nome:	Fone:
E-mail:	
CPF:	

Ponta Grossa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

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

**Obs.1: Pelo menos dois dos membros titulares e um dos suplentes devem ser externos ao Programa e a UEPG**

*Este formulário pode ser baixado em versão Word no link: <https://www2.uepg.br/ppgodonto/downloads/#page-content>*