

CARTA DE ACEITAÇÃO PARA SUPERVISÃO

Eu, _____ (Nome Supervisor), concordo em ser professor supervisor do(a) aluno(a) _____, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Cardiologia), em nível de Pós Doutorado, com o projeto: “ _____ ”.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__.

(Assinatura do Prof. Supervisor)

ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO / LINHAS DE PESQUISA – Marcar Área e Linha de Pesquisa

Aterogênese e Cardiopatia Isquêmica	Cardiologia Fetal e Pediátrica	Diagnóstico e Terapêutica Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Angioplastia e Implantes Intracoronarianos	<input type="checkbox"/> Avanços Propedêuticos e Terapêuticos no Estudo das Cardiopatias Estruturais e Funcionais do Período Pré-Natal	<input type="checkbox"/> Avaliação Anátomo-Funcional da Terapêutica Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Aterogênese e Trombose	<input type="checkbox"/> Estudo da Função Diastólica Ventricular no Feto	<input type="checkbox"/> Avanços em Métodos de Diagnóstico Cardiológico
<input type="checkbox"/> Aspectos Psicossociais em pacientes cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Fisiopatologia e Avaliação das Cardiopatias Congênitas e Adquiridas na Infância	<input type="checkbox"/> Estudos Funcionais e Intervenções Experimentais
<input type="checkbox"/> Estudos de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Neurodesenvolvimento de Crianças com Cardiopatia Congênitas	<input type="checkbox"/> Estudos Avançados em Fibrilação Atrial
<input type="checkbox"/> Infarto Agudo do Miocárdio		<input type="checkbox"/> Biologia molecular de doenças crônico-degenerativas com ênfase em doenças cardiovasculares; terapia gênica e celular em doenças cardíacas
<input type="checkbox"/> Recanalização Percutânea de Oclusões Coronarianas Crônicas		<input type="checkbox"/> Reabilitação e educação transdisciplinar em cardiologia
		<input type="checkbox"/> Cardio-Oncologia Translacional