



Ministério da Educação  
Universidade Federal do Rio Grande  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

### **Formulário para Defesa de Tese e Dissertação**

Aluno(a):

Data da primeira matrícula:

Data da qualificação

Título do trabalho:

Data:

Hora:

Local:

Orientador(a):

### **Banca Examinadora**

#### **Membro titular da banca examinadora - externo à FURG**

##### **1) Nome do(a) Prof(a).:**

Universidade / Instituição:

Vínculo com a Universidade / Instituição:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

##### **2) Nome do(a) Prof(a).:**

Universidade / Instituição:

Vínculo com a Universidade / Instituição:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

## Banca Examinadora

### Membro titular da banca examinadora – vinculados à FURG

#### 1) Nome do(a) Prof(a).:

Indicar o vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

#### 2) Nome do(a) Prof(a).:

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

Se não tiver vínculo com PPGCS, informar qual PPG que é vinculado:

### Membro suplente da banca examinadora (FURG)

#### 1) Nome do(a) Prof(a).:

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

---

Discente

---

Orientador(a)