



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)