



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

**ANEXO II**

(Carta à Coordenação / Comissão de Ensino para homologação da banca examinadora)

**À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Venho por meio desta, solicitar a análise e homologação dos nomes, abaixo relacionados, dos membros da banca examinadora da dissertação de mestrado do(a) discente \_\_\_\_\_, sob minha orientação, da tese intitulada “\_\_\_\_\_”. A defesa será no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Prof(a). Dr(a) \_\_\_\_\_ (Titular) - Universidade – Link do Currículo Lattes \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a) \_\_\_\_\_ (Titular) Universidade – Link do Currículo Lattes \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a) \_\_\_\_\_ (Titular) Universidade – Link do Currículo Lattes \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a) \_\_\_\_\_ (Suplente) Universidade – Link do Currículo Lattes \_\_\_\_\_

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a). XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Orientador(a)



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

**ANEXO III**

(formulário para o encaminhamento da defesa)

**Formulário para Defesa de Dissertação de Mestrado**

Aluno(a):

Matrícula:

Título:

Data:

Hora:

Local:

Orientador(a):

Universidade do(a) Orientador(a):

E-mail do(a) Orientador(a):

**Banca Examinadora**

**Membro Externo a FURG**

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

Universidade / Instituição:

Vínculo com a Universidade / Instituição:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

## **Membro Externo a FURG**

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

Universidade / Instituição:

Vínculo com a Universidade / Instituição:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

## **Banca Examinadora**

### **Membros Titulares (FURG)**

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

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

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

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

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

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

## Banca Examinadora

### Membro suplente (FURG)

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

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

### Pendência(s)

Exame de Qualificação	
Número mínimo de créditos exigido pelo PPPCiSaiu	
Outros	

\_\_\_\_\_

Discente

\_\_\_\_\_

Orientador(a)



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

#### ANEXO IV

(Declaração de cumprimento das exigências do PPGCISau)

#### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_(nome do discente), \_\_\_\_\_(matrícula),  
discente de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, declaro  
fui aprovado no exame de qualificação, cumpri o número mínimo de créditos e demais  
exigências deste Programa de Pós-Graduação, estando apto a realizar a defesa de tese  
de doutorado.

---

Discente