



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO I (Formulário para o encaminhamento do exame de qualificação)

Formulário para Qualificação – Doutorado

Aluno(a):

Matrícula:

Data de entrada do PPGCiSa (mês/ano):

Título:

Data:

Hora:

Local:

Orientador(a):

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

Banca Examinadora

Membro Titular - Externo a FURG

Nome do(a) Prof(a).:

Universidade / Instituição:

Vínculo com a Universidade / Instituição:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

Banca Examinadora

Titulares – FURG

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

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 PPGCiSAu, informar qual PPG que é vinculado:

MEMBRO SUPLENTE (FURG)

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

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

Discente

Orientador(a)