



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 – Mestrado**

Aluno(a):  
Matrícula:  
Data da primeira matrícula no PPGCiSau (M/A)  
Título do projeto:  
Data:  
Hora:  
Local:  
Orientador(a):  
E-mail do(a) Orientador(a):

### **Banca Examinadora**

#### **Membro Titular da Banca Examinadora - Externo a FURG**

Nome do(a) Prof(a).:  
Universidade / Instituição:  
Vínculo com a Universidade / Instituição:  
E-mail:  
Link do Lattes:  
CPF:

## **Membros Titulares da Banca Examinadora – 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**

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

Vínculo com a FURG:

E-mail:

Link do Lattes:

CPF:

---

Discente

---

Orientador(a)