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

Assunto: Proposta de banca examinadora para defesa de **DOUTORADO**

Solicito ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde aprovação para a defesa de tese de doutorado do (a) aluno (a):

**\*Número de Matrícula:**

**\*Discente:**

**\*E-mail:**

**\*Título do Trabalho:**

**\*Data:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \***Horário:**\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Local/Plataforma:**

**\*Link:**

\*Possui Bolsa: Sim (\_\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_\_)

\*Possui **PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA DEFESA:** Sim (\_\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_\_)

**Banca Examinadora**

|  |
| --- |
| **Presidente – Orientador** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 1 – Membro Externo** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Possui Cadastro SEI – EXTERNO – UFU ( )Sim ( )Não**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 2 – Membro Externo** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Possui Cadastro SEI – EXTERNO – UFU ( )Sim ( )Não**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 3 – Membro Interno** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 4 – Membro Interno** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 1 – Membro Externo** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Possui Cadastro SEI – EXTERNO – UFU ( )Sim ( )Não**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 2 – Membro Interno** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

Atesto que os membros da banca não são co-autores/inventores do artigo e/ou patente apresentado na tese de doutorado.

 Digital Gov.br Digital Gov.br

 **Assinatura do (a) Orientador (a) Assinatura do Discente**