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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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:**

\***Unidade Acadêmica:**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 1**  |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

\***Unidade Acadêmica:**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 2**  |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

\***Unidade Acadêmica:**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 3 – Membro Externo** |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

**\*CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 4 – Membro Externo** |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

**\*CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 1 – Membro Interno** |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

\***Unidade Acadêmica:**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 2 – Membro Externo** |

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

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:**

**\*CPF:**

**\*E-mail**

Atesto que os membros da banca não têm vinculação com a tese, artigo e/ou patente do candidato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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