

Formulário de Defesa de Tese *On-line*

DATA		HORARIO:
Nome do Doutorando (a)		
Orientador (a)		
Coorientador (a)		
Título da Tese		
Banca Titular	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
Banca Suplentes	1.	
	2.	

INFORMAÇÕES DOS MEMBROS EXTERNO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/FCM

NOME	
CPF	
TELEFONE	
EMAIL:	

NOME	
CPF	
TELEFONE	
EMAIL:	

NOME	
CPF	
TELEFONE	
EMAIL:	

Este documento deve ser enviado por e-mail pelo DISCENTE, acompanhando as seguintes documentações dos membros externos:

- ✓ Currículo Lattes (Folha de identificação; página do vínculo e as duas folhas das produções).
- ✓ Ter publicação nos últimos quatro anos (Qualis de A1 – A4)

Anuência do orientador será enviada por e-mail ao Programa