

**ANEXO C**

**INDICAÇÃO DE BANCA EXAMINADORA PARA**

**DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Aluno |  |
| Telefone: Residencial /Comercial ( ) Celular ( ) | |
| Matrícula CPF | |
| E-mail: | |

**DADOS DO TCM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título: | | |
| Nº de Páginas: | | |
| Grande Área Capes: | | |
| Área Capes: Sub-Área Capes: | | |
| Resumo: | | |
| Palavras Chave: | | |
| Orientador: | | |
| Local: | Data: | Horário: |

**DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status | Nome | Titulação | Instituição a qual está vinculado | CPF | E- mail | Data de nascimento |
| Orientador |  |  |  |  |  |  |
| Membro |  |  |  |  |  |  |
| Membro |  |  |  |  |  |  |
| Suplente |  |  |  |  |  |  |

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

Assinatura do Aluno

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

Assinatura do Orientador

**Observações:**

1. A Banca Examinadora de qualificação de mestrado deverá ser constituída por docentes com título de doutor, sendo três membros titulares e um membro suplente. Será presidida pelo orientador e um dos membros titulares deverá ser externo à Instituição Nucleadora.
2. O Docente Externo a Instituição, deverá preencher ficha complementar.
3. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do Mestrado Profissional em Saúde da Família até 30 (trinta) dias antes da data de defesa.



**FICHA COMPLEMENTAR PARA MEMBRO EXTERNO AO PROGRAMA**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Aluno |  |
| Telefone: Residencial /Comercial ( ) Celular ( ) | |
| Matrícula: CPF: | |
| E-mail: | |

**DADOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título: | | |
| Linha de pesquisa: | | |
| Orientador: | | |
| Local: | Data: | Horário: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | |
| Instituição |  | | Ano da Titulação |
| Endereço |  | | |
| Currículo Lattes |  | | |
| Dados Bancários | Banco | Agência | Conta |
| RG | | CPF | |
| Sugestão de voo | | | |