

REQUERIMENTO PARA DEFESA DE TESE

DADOS PESSOAIS

Nome do Aluno:			
E-mail:		Telefone:	

DADOS DA TESE

Título: _____			

Orientador(a):			
Presencial ()	Virtual ()	Data: / /	Horário:

DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Status	Nome Completo	Ano e maior Titulação	Instituição a qual está vinculado
Orientador(a)			
1º Membro Externo			
2º Membro Externo			
3º Membro Externo			
4º Membro Interno			
Suplente Externo			

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Suplente Interno			
Coorientador (a) Se houver			

Link para checagem de vínculo do docente a programas de pós-graduação:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>

Fortaleza, ___ de _____ de _____.

Assinatura da Orientador(a)

Assinatura da Aluno(a)

Observações:

- Favor preencher os campos com letra de forma.
- Este formulário, deverá ser enviado juntamente com a [ficha](#) de cadastro de Professor Externo à secretaria do PPSAC até 15 dias antes da data da próxima reunião do colegiado.

Aprovação em reunião: ___/ ___/ _____