



PROTOCOLO DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

De acordo com o Regimento observar - **Art. 38** A comissão examinadora da tese de doutorado será composta pelo Orientador e por 4 (quatro) avaliadores sendo, pelo menos 2(dois) deles externo ao ProPGeo.

(A ser entregue na secretaria do Curso, acompanhado de cd com tese em pdf, até 15 dias de antecedência).

1. Proposta de calendário, local para defesa e Banca examinadoras:

ALUNO (A): _____ C.P.F: _____

TÍTULO DA TESE: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

LOCAL: _____

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro (Orientador (a)): _____

CO-Orientador (a) (oficial): _____

2º Membro (EXTERNO): _____

3º Membro (EXTERNO): _____

4º Membro (____): _____

5º Membro (____): _____

1º Suplente Externo: _____

2º Suplente Externo: _____

3º Suplente Interno: _____

Fortaleza, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Orientador (a)

Parecer do Coordenador: _____

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Coordenador



IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA BANCA

BANCA EXAMINADORA		
MEMBROS	NOME	ORIGEM
1º Membro – ORIENTADOR(A)		
CO-Orientador (a) (oficial)		
2º Membro EXTERNO		
3º Membro EXTERNO		
4º Membro _____		
5º Membro _____		
1º Suplente Externo		
2º Suplente Externo		
3º Suplente Interno		

1º MEMBRO – ORIENTADOR (A):

NOME _____ D.N. ____ / ____ / ____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

CO-ORIENTADOR (A) (oficial):

NOME _____ D.N. ____ / ____ / ____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

2º MEMBRO EXTERNO:

NOME _____ D.N. ____ / ____ / ____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - CCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



3º MEMBRO EXTERNO:

NOME _____ D.N. ____/____/____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____
ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____
CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

4º MEMBRO _____:

NOME _____ D.N. ____/____/____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____
ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____
CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

5º MEMBRO _____:

NOME _____ D.N. ____/____/____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____
ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____
CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

1º SUPLENTE EXTERNO:

NOME _____ D.N. ____/____/____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____
ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____
CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - CCT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



2º SUPLENTE EXTERNO:

NOME _____ D.N. ____ / ____ / ____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____

3º SUPLENTE INTERNO:

NOME _____ D.N. ____ / ____ / ____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____