



PROTOCOLO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

De acordo com o Regimento observar - **Art. 37** A comissão examinadora da dissertação de mestrado será composta pelo Orientador e por 2 (dois) avaliadores sendo, pelo menos, 1(um) 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 DO PROJETO:

DATA: _____ HORÁRIO: _____

LOCAL: _____

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro (Orientador (a)): _____

CO-Orientador (a) (oficial): _____

2º Membro (EXTERNO): _____

3º Membro: (_____) _____

1º Suplente (EXTERNO): _____

2º Suplente: (_____) _____

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)		
1º Membro EXTERNO		
2º Membro _____		
1º Suplente EXTERNO		
2º Suplente _____		

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: _____



3º 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: _____

2º SUPLENTE _____:

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

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

TITULAÇÃO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

CIDADE/PAÍS: _____ ANO: _____