



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

**Formulário para solicitação de banca de defesa**

Nome do (a) Aluno (a): \_\_\_\_\_

Orientador (a): \_\_\_\_\_ Coorientador: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Data da defesa: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

**Entregar esta ficha com no mínimo 15 dias úteis de antecedência da data informada para a banca**

Componentes da Banca

**Examinador Interno**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Link do Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

**Examinador Externo**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Link do Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Material necessário: ( ) Data Show ( ) Computador ( ) Transporte para o Examinador externo

No caso de necessidade de transporte para o Examinador externo:

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Horário para buscá-lo: \_\_\_\_\_ Horário previsto para retorno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador