

### 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	<i>Nome</i>	<i>Titulação</i>	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			