**FORMULÁRIO PARA COMPOSIÇÃO DE BANCA DE DEFESA DE TESE**

Orientador / Presidente:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Assinatura: |

Pós-graduando:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| DADOS DA DEFESA | |
| Data: | Horário: |
| **TEMA:** | |

BANCA EXAMINADORA

|  |
| --- |
| **MEMBRO INTERNO/PPGCA1** |
| **DOCENTE:**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:,  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS: |
| **MEMBRO INTERNO/PPGCA2** |
| **DOCENTE:**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:,  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS: |
| **MEMBRO EXTERNO 1 - vinculado a outro PPG, preferência fora do Estado de Mato Grosso** |
| **DOCENTE:**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:,  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS: |
| **MEMBRO EXTERNO 2- vinculado a outro PPG, preferência fora do Estado de Mato Grosso** |
| **DOCENTE:**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:,  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS: |
| **SUPLENTE 1** |
| **Prof. Dr.**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:, n°.  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS:  **Translado: cidade/cidade: Saída dia: / - às hrs Retorno dia: / - às hrs** |
| **SUPLENTE 2** |
| **Prof. Dr.**  **CPF.:**  Instituição/Pós-graduação à qual está vinculado:  Endereço Pessoal Avenida/Rua:, n°.  Cidade: CEP: UF:  E-mail: TELS:  **Translado: cidade/cidade: Saída dia: / - às hrs Retorno dia: / - às hrs** |

Cáceres-MT, de de .