**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 .