



Informações necessárias para composição de bancas para defesas no Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias (PPGDIP)

1. **NOME COMPLETO DO ALUNO:**
2. Data, horário e local (se já tiver um) da **qualificação:**
3. Data Prevista para a **defesa:**
4. **TÍTULO DO TRABALHO:**
5. **ORIENTADORES:**
6. **NÍVEL: DOUTORADO**
7. **BANCA EXAMINADORA (defesa doutorado):** 5 efetivos, 2 suplentes

OBS.: - todos os membros da banca examinadora, titulares e suplentes, deverão ser doutores.
- (OBRIGATÓRIO) deverá constar a indicação de dois suplentes - um interno e outro externo - em todas as bancas de defesa.

Dados dos membros propostos para a banca (três membros) de QUALIFICAÇÃO (orientador + dois membros, sendo um interno e outro externo ao programa)

- a) Nome completo (orientador): _____
 - b) CPF: **não se aplica**
 - c) Titulação, Data e Local da Titulação: **não se aplica**
 - d) Instituição em que atua: **não se aplica**
 - e) Curso em que é docente de PG (se aplicável): **não se aplica**
-
- a) Nome completo (membro interno): _____
 - b) CPF: **não se aplica**
 - c) Titulação, Data e Local da Titulação: **não se aplica**
 - d) Instituição em que atua: **não se aplica**
 - e) Curso em que é docente de PG (se aplicável): **não se aplica**
-
- a) Nome completo (membro externo):
 - b) CPF:
 - c) Titulação, Data e Local da Titulação:
 - d) Instituição em que atua:
 - e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):



Dados dos membros propostos para a banca de DEFESA: (5 efetivos, deve conter o mínimo de 2 e o máximo de 3 membros internos e mínimo de dois membros externos ao programa, 2 suplentes sendo um interno e outro externo ao programa)

Membros efetivos:

- a) Nome completo (membro **interno permanente**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

- a) Nome completo (membro **interno**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

- a) Nome completo (membro **interno ou externo**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

- a) Nome completo (membro **externo**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

- a) Nome completo (membro **externo**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

Membros suplentes:

- a) Nome completo (membro **interno**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina
Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias
Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias PPGDIP



e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):

- a) Nome completo (membro **externo**):
- b) CPF:
- c) Titulação, Data e Local da Titulação:
- d) Instituição em que atua:
- e) Curso em que é docente de PG (se aplicável):