



CONCORDÂNCIA COM QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO

Nome do discente: _____

Nome do(a) orientador(a): _____

Título da Tese: _____

Banca Examinadora:

Membros Internos Efetivos:

1) Da Linha _____

2) Do Programa ou do IP _____

Membro Externo Efetivo:

3) Nome: _____

Departamento / Universidade: _____

CPF: _____ Telefone: _____ Email: _____

Membros Internos Suplentes:

1) Da Linha _____

2) Do Programa ou do IP _____

Membro Externo Suplente:

3) Nome: _____

Departamento / Universidade: _____

CPF: _____ Telefone: _____ Email: _____

A orientadora / O orientador declara que o aluno / a aluna cumpriu todas as exigências acadêmicas e está apto / apta a defender seu trabalho de conclusão de curso em ____/____/____, horário a partir de ____:____, ou em data a ser agendada com os membros da Banca Examinadora, no mês de _____ de _____.

Assinatura do Orientador / da Orientadora

Data: ____/____/____

Este formulário deve ser preenchido pelo orientador e entregue à Secretaria Acadêmica junto com:

- Histórico Escolar (rubricado pelo orientador) contendo todos os graus mínimos (e lançados) para a defesa;
- Cópia do trabalho em um *cdrom*.

As informações para reserva de sala e preenchimento das atas (membros da banca e membro externo) serão enviadas por e-mail assim que forem entregues os itens acima. **Observações adicionais: detalhar no verso.**

A anuência da Coordenadora / Coordenador será dada após o envio deste documento, acompanhado da documentação. Nenhuma defesa poderá ocorrer sem a sua verificação final.

Assinatura e carimbo do Coordenador / da Coordenadora

Data: ____/____/____