



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

FICHA DE INDICAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Autor(a): _____

Título do trabalho: _____

Data da Apresentação: ____/____/____

Hora: _____

Banca Examinadora:

Examinador 1 (orientador): _____ Titulação: _____

Instituição: _____ Departamento: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Examinador 2: _____ Titulação: _____

Instituição: _____ Departamento: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Examinador 3: _____ Titulação: _____

Instituição: _____ Departamento: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Suplente: _____ Titulação: _____

Instituição: _____ Departamento: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Assinatura do Autor(a)

Assinatura do Orientador(a)