**PROPOSTA PARA BANCA EXAMINADORA**

|  |
| --- |
| **PROPOSTA PARA BANCA EXAMINADORA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA** |

DADOS DO CURSO

|  |
| --- |
| RESIDÊNCIAMULTIPROFISSIONAL DE INTERIORIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE |
| CENTROCENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA |

DADOS DO(A) CANDIDATO(A)

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO DO(A) PROFISSIONAL DE SAÚDE RESIDENTE |
| GÊNERO  [ ] MASCULINO [ ] FEMININO [ ] OUTRO | DATA DA ENTRADA NO CURSO (MM/AA) |
| PRORROGAÇÃO DE CURSO (TÉRMINO ALÉM DO PRAZO DE 24 MESES)[ ] NÃO [ ] SIM, Total de meses: \_\_\_\_\_\_ | EXTENSÃO DE PRAZO POR MATERNIDADE, PATERNIDADE, ADOÇÃO[ ] NÃO [ ] SIM, Total de meses: \_\_\_\_\_\_ |

DADOS DO(A) ORIENTADOR(A)

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO |
| TITULAÇÃO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |

DADOS DO(A) COORIENTADOR(A) (quando existente e aprovado pelo colegiado)

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO |
| TITULAÇÃO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |

V - DADOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

|  |
| --- |
| TÍTULO |
| DATA PREVISTA PARA A DEFESA (DD/MM/AA) |
| LOCAL DA DEFESA | HORA: |

VI-DADOS DOS INTEGRANTES DA BANCA PROPOSTA

1º EXAMINADOR – PRESIDENTE DA BANCA/ORIENTADOR(A)

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO |
| TITULAÇÃO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
| E-mail | CPF  |

2º EXAMINADOR – DOCENTE DA INSTITUIÇÃO FORMADORA

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO |
| TITULAÇÃO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
| E-mail | CPF  |

3º EXAMINADOR – MEMBRO DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA (titulação mínima de Especialista) ou DOCENTE DA INSTITUIÇÃO FORMADORA

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO |
| TITULAÇÃO | INSTITUIÇÃO DE ORIGEM |
| E-mail | CPF  |

 Em, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura e Carimbo do(a) Orientador(a)