**TERMO DE ABERTURA DE PROCESSO DE DEFESA**

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias, Comunicação e Educação.

**Assunto:** Formação de Comissão Examinadora para Defesa de Mestrado.

|  |
| --- |
| **DADOS DO ORIENTADOR** |
| **Nome:**  |
| **CPF:**  |

|  |
| --- |
| **DADOS DO ALUNO** |
| **Nome:**  |
| **Celular:**  |
| **Número de Matrícula:**  |
| **E-mail:**  |

|  |
| --- |
| **DADOS DA DEFESA** |
|  **( ) Defesa Presencial ( ) Defesa Webconferência** |
| **Data da Defesa:**  |
| **Horário da Defesa :**  |
| **Local:**  |
| **Título da Dissertação:**  |
| **Cidade de onde o membro externo participará se for webconferência:**  |
| **Data do Teste:** |
| **Horário do Teste:** |
| **Quem participará do teste: ( ) orientando ( ) orientador** |

|  |
| --- |
| **DADOS DA DISSERTAÇÃO** |
| **O trabalho de conclusão do aluno é: ( ) Produto ( ) Dissertação** |
| **Título do projeto de vinculação do professor(a) com a dissertação do orientando(a)**  Observar se o projeto está vigente durante o período em que o aluno curso o mestrado |

|  |
| --- |
|  **DADOS DOS MEMBROS DA BANCA** |
| **1- Membro Titular - Orientador** |
| Nome: |
| E-mail:  |
| Celular: |
| Instituição de Trabalho:  |
| **2- Membro Titular Interno** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail:  |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |

|  |
| --- |
| **3- Membro Titular Externo** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail:  |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |
| Endereço: |
|  Bairro:  |
| Cep: |
| Cidade:  |

|  |
| --- |
| **MEMBROS SUPLENTES** |
| **1- Membro Suplente Interno** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail:  |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |
| **3- Membro Suplente Externo** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail:  |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |

Caso o membro titular externo já tenha participado de alguma banca do Programa e tenha cadastro na Plataforma Sucupira não é necessário preencher os campos a seguir.

Caso seja a primeira vez que o membro titular externo participe de uma banca do Programa, é o obrigatório o preenchimento de todos os dados a seguir.

|  |
| --- |
| **DADOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO DO MEMBRO TITULAR** **EXTERNO NA PLATAFORMA SUCUPIRA** |
| Nome Completo: |
| CPF: |
| RG: |
| Data de nascimento: |
| E-mail: |
| Endereço: |
| Bairro: |
| CEP: |
| Cidade: |
| Telefone: |
| Nível: ( ) Doutorado ( ) Mestrado |
| Ano da titulação: |
| País da Instituição: |
| Área do Conhecimento: |