UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha

Belo Horizonte – MG – 31.270-901 – Brasil

Tel. (31) 3409-2470 Fax: (31) 3409-2472

Site: [www.odonto.ufmg.br](http://www.odonto.ufmg.br) – [posgrad@odonto.ufmg.br](mailto:posgrad@odonto.ufmg.br)

E-mail: posgrad@odonto.ufmg.br





FORMULÁRIO DE MARCAÇÃO DE **PRÉ-DEFESA DE MESTRADO**:

ALUNO: .......................................................................................................................................................

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ...............................................................................................................

DATA DA PRÉ-DEFESA: ................................. HORA ......................... SALA(marcada pelo Colegiado)

TÍTULO DO TRABALHO: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

BANCA EXAMINADORA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome completo | Sigla/Instituição de vínculo | Instituição de doutoramento/ano | Telefone/e-mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suplente: |  |  |  |

**Este formulário deverá vir acompanhado de:**

1. **Histórico Escolar** (impresso pelo Colegiado)
2. Uma via do trabalho para cada membro da banca, incluindo o suplente, se houver.

Data: ..................................... Assinatura do Orientador ...........................................................

Aprovado “ad-referendum” do CPGO em ­­................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador