



FICHA DE AGENDAMENTO DA DEFESA DO TCC

1. ALUNO

| | |
|-------|------------|
| Nome: | Matrícula: |
|-------|------------|

2. DEFESA

(o intervalo entre a data de solicitação do agendamento e data da defesa deverá ser 15 dias, no mínimo)

| | |
|------------------|-----------------------|
| Data da defesa: | Horário: _____:_____h |
| Local da defesa: | |

3. TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

| |
|--|
| |
|--|

4. ORIENTADOR

| | |
|---|---------|
| Nome: | |
| Cargo: () Professor () Médico () Outro: _____ | |
| Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Livre-Docência | |
| Disciplina / Serviço: | |
| Instituição: | e-mail: |

5. BANCA EXAMINADORA

| |
|---|
| Membro 1-Presidente –(Deverá ser o membro mais titulado da banca e obrigatoriamente professor efetivo do curso de graduação em Medicina da UNIRIO) |
| Membro (1): |
| Cargo: () Professor () Médico () Outro: _____ |
| Titulação concluída:()Especialização ()Mestrado ()Doutorado ()Pós-Doutorado () Livre-Docência |
| Disciplina / Serviço: |
| Instituição: |
| e-mail: |

| |
|--|
| Membro (2): |
| Cargo: () Professor () Médico () Outro: _____ |
| Titulação concluída:()Especialização ()Mestrado ()Doutorado ()Pós-Doutorado () Livre-Docência |
| Disciplina / Serviço: |
| Instituição: |
| e-mail: |

| |
|--|
| Suplente: |
| Cargo: () Professor () Médico () Outro: _____ |
| Titulação concluída:()Especialização ()Mestrado ()Doutorado ()Pós-Doutorado () Livre-Docência |
| Disciplina / Serviço: |
| Instituição: e-mail: |

Data: ____/____/2024.

Assinatura do Aluno

Eu, _____ (nome do orientador), declaro que o referido TCC está finalizado, já foi revisado por mim e considero pronto para sua defesa.

Assinatura e CARIMBO do Orientador