

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE

MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Av. Frei Serafim, 2280, Centro, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64049-550

Telefone: (86) 3215-5856 E-mail: mestradosaude@ufpi.edu.br

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇAÕ EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

Às **----:-----** do dia **--------de ----------------** de 20**---** teve início a Defesa de Dissertação intitulada “***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***” do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí - Área de Concentração: **---------------------------------------------------** e Linha de pesquisa: **------------------------------------**, defendida pela/o aluna/o **-------------------------------------------** regularmente matriculada no Programa sob o número **-----------------**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes membros**: -----------------------------------** (Presidente); -----------**------------------------** (1º Examinadora/o); **-----------------------------------** (2° Examinadora/o); **-----------------------------------** (Suplente). A defesa da Dissertação foi apresentada no formato presencial. Após a arguição a banca examinadora conferiu a/o aluna/o à menção: **-----------------------** (APROVADA/O ou REPROVADA/O).

Na forma regulamentar, está ata foi lavrada pela Comissão Examinadora, assinada pelos membros titulares e pela/o discente.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presidente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **1º Examinador (a) 2º Examinador (a)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Suplente Discente**