



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa



REQUERIMENTO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO
Pós-graduando(a):
Orientador(a):
Co-orientador(a) (se for o caso):
Instituição:

2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

3. DATA E HORÁRIO SUGERIDOS
Data: _____ Horário: _____

4. DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO
() Sessão Aberta () Sessão Fechada <i>(somente para trabalhos que solicitaram proteção intelectual)</i>

5. SUGESTÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA*		
DOCENTE	LINHA DE PESQUISA	INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

* Indicar no mínimo 1 (um) membro não pertencente ao PPGCF (de acordo com a IN 7).

5. BANCA EXAMINADORA APROVADA PELO COLEGIADO	
DOCENTE	INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO
<i>Titulares</i>	
2.	
3.	
4.	
<i>Suplentes</i>	
5.	
6.	
7.	

* Indicar no mínimo dois membros não pertencentes ao PPGCF (de acordo com a IN 7).

De acordo, em ____/____/____ Pós-graduando(a) Orientador(a)

Parecer do Colegiado do PPGCF:	
Aprovado "Ad Referendum" do Colegiado, em ____/____/201__.	Aprovado em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação, conforme Ata N° _____, de ____/____/201__.
_____ Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação.	_____ Assinatura do(a) Presidente do Colegiado.