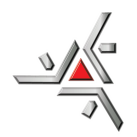
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

**Departamento de Farmácia**

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Solicito à V. Sa. que seja constituída a **Comissão Julgadora para a BANCA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**, a ser realizado pelo(a) aluno(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

no dia / / às hs

Título do Trabalho:

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

Nome do Orientador: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Co-orientador (*se houver*): Prof. Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Linha de pesquisa do PCF que o trabalho se insere (*selecionar uma*):

( ) Farmacologia de Produtos Naturais

( ) Fitoquímica, Controle de Qualidade e Tecnologia de Fitoterápicos

**Critérios para composição da Banca Examinadora:**

* Deverá ser constituída por cinco membros titulares e três suplentes com título de doutor.
* O membro-presidente deve ser o ORIENTADOR (na ausência justificada, pode ser o coorientador ou outro membro do corpo permanente de orientadores do PCF, devidamente aprovado em Reunião.
* Dentre os membros titulares, é obrigatória a indicação de, pelo menos, um membro EXTERNO ao PCF e um membro externo à UEM e ao PCF, sendo desejável a presença de dois membros de instituições diferentes.
* Dentre os membros suplentes, também é obrigatório a indicação de, pelo menos, um membro EXTERNO ao PCF e um membro externo à UEM e ao PCF.
* O coorientador pode ser o sexto membro da banca, mas sem direito a voto.

**INDICAÇÃO DE MEMBROS PARA A COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:**

**TITULARES**

|  |  |
| --- | --- |
| Membro-Presidente |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 1 |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 2 |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 3 |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 4 |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento: |  |
| Link lattes |  |
| Inst. de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

**SUPLENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 1 | Prof. Dr. |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento: |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 2 | Prof. Dr. |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Membro 3 | Prof. Dr. |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Instituição de vínculo profissional |  |
| Departamento |  |
| Telefone para contato |  |
| Email: |  |

**Atesto, sob minha responsabilidade, que os membros acima indicados são portadores do Título de Doutor.**

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

Prof.(a) Dr.(a)

Orientador

**Para uso da Secretaria de Pós-Graduação**

Data de recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rubrica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para uso da coordenação do programa**.

Data data reunião do Programa: \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

( ) Deferido   ( ) Indeferido