**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 EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO**, a ser realizado pelo(a) aluno(a):

no dia / / às hs

Título do Trabalho:

**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).

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

**Observações:**

**SUGESTÃO DE BANCA EXAMINADORA**

**TITULARES**

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

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

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

**SUPLENTES**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Membro |  |
| Nacionalidade |  |
| CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Link lattes |  |
| Inst. 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 da reunião do Programa: \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

( ) Deferido   ( ) Indeferido