|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Universidade Estadual de Maringá *Centro de Ciências da Saúde* *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde* |  |

**REQUERIMENTO DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

Ilmo(a) Sr(a)

Prof(ª). Dr(ª). (

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Senhor(a) Coordenador(a):

Em cumprimento às Normas de Defesa de Tese e ao Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, solicitamos a defesa da tese do(a) pós-graduando(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Segue, em anexo, cópia da tese \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cujos artigos científicos foram adequados às normas da Revista \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e da Revista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que possuem classificação \_\_\_ e \_\_\_\_\_, respectivamente, no Qualis da área de Medicina II**.**

Atenciosamente,

Assinatura do Orientador

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Universidade Estadual de Maringá *Centro de Ciências da Saúde* *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde* |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE DEFESA – DOUTORADO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | |
| Pós-Graduando: | RA: |
| Área de Concentração: | |
| Linha de Pesquisa: | |
| Orientador: | |

|  |
| --- |
| **TÍTULO DA TESE** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCENTES/PESQUISADORES** | **DEPARTAMENTO/ INSTITUIÇÃO** | **Indicação do Conselho Acadêmico do PCS** | |
| 1. |  | □Titular | □Suplente |
| 2. |  | □Titular | □Suplente |
| 3. |  | □Titular | □Suplente |
| 4. |  | □Titular | □Suplente |
| 5. |  | □Titular | □Suplente |
| 6. |  | □Titular | □Suplente |
| 7. |  | □Titular | □Suplente |
| 8. |  | □Titular | □Suplente |

|  |  |
| --- | --- |
| **APRESENTAÇÃO** | |
| DATA: | HORÁRIO: |
| LOCAL: | |

Encaminhar junto com este documento:

Sete exemplares da tese.

Cópia do Currículo *Lattes* dos membros da banca examinadora externos ao PCS (caso tenha alterado o membro da qualificação para defesa).

Maringá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura orientador | | Assinatura pós-graduando |
|  | APRECIADO E APROVADO NA \_\_\_\_REUNIÃO DO CONSELHO ACADÊMICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PCS, REALIZADA EM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. | |

### DADOS BANCA EXAMINADORA (para os membros externos ao PCS)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | | | | |
| Endereço para correspondência |  | | | | | |
| RG/CPF |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| Local da atividade de Origem + Dpto |  | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | |  |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  |  | |