



# 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

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>
Pós-graduando(a):
Orientador(a):
Co-orientador(a) (se for o caso):

<b>2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO</b>

<b>3. DATA E HORÁRIO SUGERIDOS</b>
Data: _____ Local : _____

<b>4. DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO</b>
( <input type="checkbox"/> ) Sessão Aberta
( <input type="checkbox"/> ) Sessão Fechada <i>(somente para trabalhos que solicitaram proteção intelectual)</i>

<b>5. Sugestão para Composição da Banca Examinadora</b>		
<b>DOCENTE</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CPF</b>
<i>Titulares</i>		
1.		
2.		
3.		
<i>Suplentes</i>		
1.		
2.		

\* Indicar no mínimo 1 (um) membro titular e 1 (um) suplente **externos à UNICENTRO**

<b>6. Banca Aprovada pelo Colegiado</b>		
<b>DOCENTE</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CPF</b>
<i>Titulares</i>		
1.		
2.		
3.		
<i>Suplentes</i>		
1.		
2.		

Data: _____	
Pós-graduando(a)	Orientador(a)

<b>Parecer do Colegiado do PPGCF:</b>	
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.