



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):

2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

3. DATA E HORÁRIO SUGERIDOS

Data:

Hora:

Local :

4. DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

() Sessão Aberta

() Sessão Fechada *(somente para trabalhos que solicitaram proteção intelectual)*

6. Banca Examinadora

DOCENTE	INSTITUIÇÃO de Vínculo	INSTITUIÇÃO de Titulação	CPF
Titulares			
1.			
2.			
3.			
Suplentes			
1.			
2.			

* Indicar no mínimo 1 (um) membro titular e 1 (um) suplente externos à UNICENTRO, e que não sejam egressos do PPGCF.

Data:

Pós-graduando(a)

Orientador(a)