**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ** FACULDADE DE MEDICINA

NÚCLEO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE MEDICAMENTOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BANCA DE DEFESA**

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional

Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho

Sr. Coordenador,

## Solicito a V.Sª. a realização da Defesa de Tese, com o projeto intitulado "(**nome do projeto**)", do/a orientando/a **(nome completo, cpf),** do Curso de Doutorado em Medicina Translacional - UFC, no dia (**inserir data e horário**), em formato presencial ou on-line (escolher conforme o caso). A comissão julgadora, a título de sugestão, será constituída pelos seguintes membros:

**Nome/1º membro** (ORIENTADOR):

**Nome/2º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Nome/3º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Nome/4º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Nome/5º membro**:

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:

**Suplente 01:**

CPF:

E-mail:

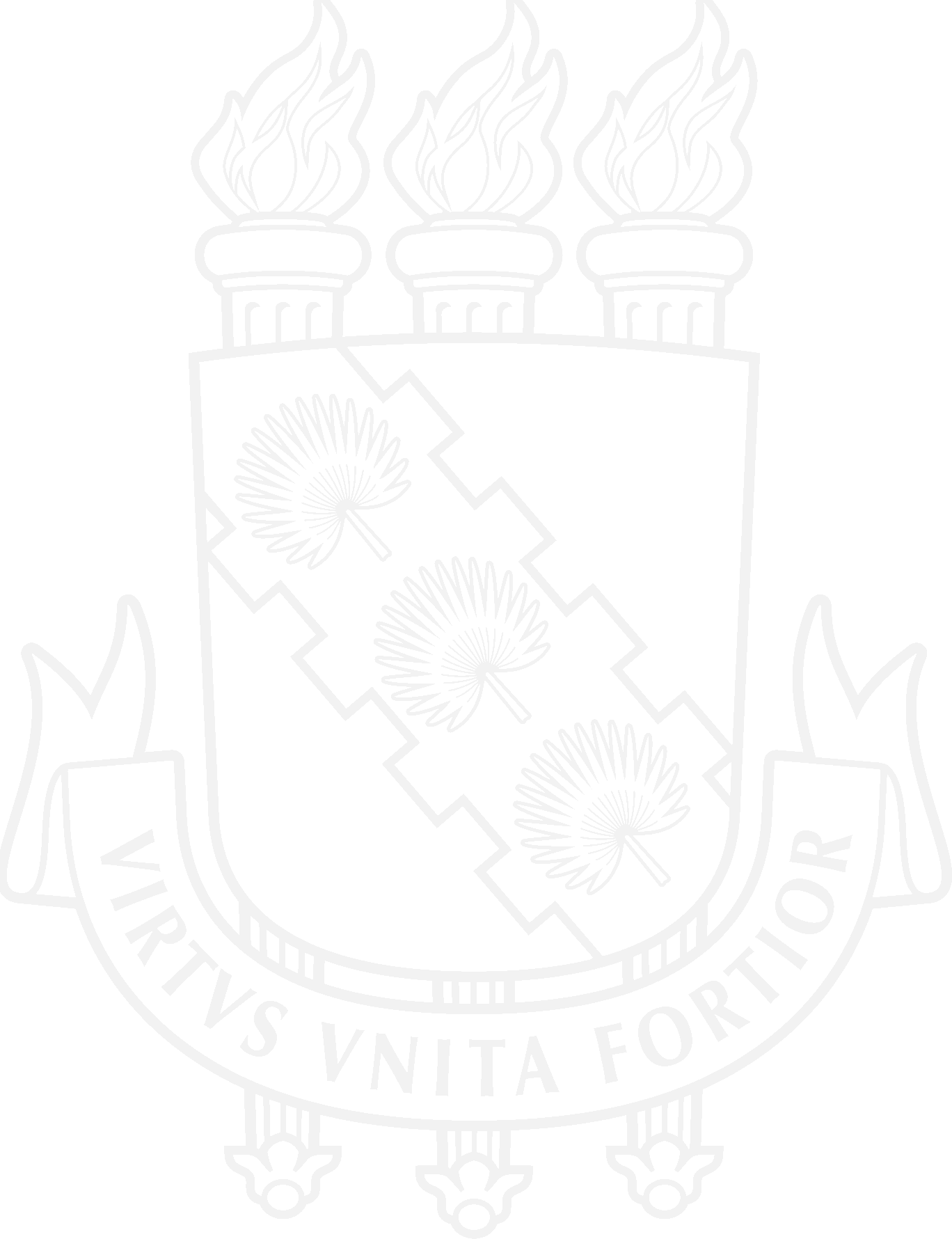
Instituição de vínculo/Sigla:

**Suplente 02:**

CPF:

E-mail:

Instituição de vínculo/Sigla:



**DADOS DO PROJETO PARA CADASTRO NO SIGAA**

Data da Defesa:

Horário da Defesa:

Título:

Resumo:

Palavras-Chaves:

Quantidade de páginas:

**Obs:** Enviar o formulário juntamente com a versão provisória da tese, histórico escolar do aluno e Lattes de cada membro (primeira e segunda folha).

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20XX.

Atenciosamente,

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Nome do Professor Orientador)  Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional |