

**SOLICITAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Orientador(a): \_\_\_\_\_

Coorientador(a): \_\_\_\_\_

Título da Dissertação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Check-list dos documentos obrigatórios a serem enviados, separadamente, em formato PDF ao e-mail:

[stricto-sensu@fmabc.br](mailto:stricto-sensu@fmabc.br) :

- Declaração do orientador de que a Tese está em condições de ser julgada
- Sugestão de data e horário da defesa
- Cópia do aceite ou primeira página do artigo publicado ou comprovação de submissão do artigo   
Nome do Periódico: \_\_\_\_\_  
Classificação QUALIS Periódicos – Área de Medicina I: ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2
- Sugestão de composição de banca julgadora
- Dissertação

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Secretaria da Pós-Graduação

## **DECLARAÇÃO**

*Declaro que a Dissertação de Mestrado do(a) aluno(a)*

---

*está em condições de ser apresentada.*

*Dessa forma, indico data e horário abaixo para realização da defesa:*

*Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

*Horário: \_\_\_\_h \_\_\_\_m*

*Santo André, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.*

---

*Assinatura do(a) Orientador (a)*

**SUGESTÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA JULGADORA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**\* Preencher com letra de forma e legível**

Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_

Nome do Orientador(a): \_\_\_\_\_

Nome do Coorientador (a): \_\_\_\_\_

Área de Concentração:

( ) Medicina Celular e Molecular    ( ) Investigação Clínica    ( ) Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Título do trabalho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEMBROS EXTERNOS**

<b>Professor(a)</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Instituição</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Cargo ou Ocupação</b>	
<b>Disciplina</b>	
<b>Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)</b>	
<b>Telefone Celular:</b>	
<b>E-mail:</b>	

Sede: Av. Príncipe de Gales, 821 – Bairro Príncipe de Gales – Santo André, SP – CEP: 09060-650 (Portaria 1)

Av. Lauro Gomes, 2000 - Vila Sacadura Cabral - Santo André / SP - CEP: 09060-870 (Portaria 2)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação (PROPESPI) – Av. Príncipe de Gales, 667 – Bairro Príncipe de Gales  
Santo André / SP – CEP: 09060-590

Telefone: (11) 4993-5426 ou [www.fmabc.br](http://www.fmabc.br)

<b>Professor(a)</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Instituição</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Cargo ou Ocupação</b>	
<b>Disciplina</b>	
<b>Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)</b>	
<b>Telefone Celular:</b>	
<b>E-mail:</b>	

**MEMBROS INTERNOS**

<b>Professor(a)</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Instituição</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Cargo ou Ocupação</b>	
<b>Disciplina</b>	
<b>Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)</b>	
<b>Telefone Celular:</b>	
<b>E-mail:</b>	

<b>Professor(a)</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Instituição</b>	
<b>Departamento</b>	
<b>Cargo ou Ocupação</b>	
<b>Disciplina</b>	
<b>Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)</b>	
<b>Telefone Celular:</b>	
<b>E-mail:</b>	