

SOLICITAÇÃO DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

Aluno(a): _____

Orientador(a): _____

Coorientador(a): _____

Título da Tese: _____

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

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
- Tese

_____/_____/_____
Secretaria da Pós-Graduação

DECLARAÇÃO

Declaro que a Tese de Doutorado do(a) aluno(a)

está em condições de ser apresentada.

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

Data: ____/____/____

Horário: ____h ____m

Santo André, ____/____/____.

Assinatura do(a) Orientador (a)

**SUGESTÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA JULGADORA
TESE DE DOUTORADO**

*** 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

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

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

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

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

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	

Cargo ou Ocupação	
Disciplina	
Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)	
Telefone Celular:	
E-mail:	

MEMBROS INTERNOS

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

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	
Cargo ou Ocupação	
Disciplina	
Endereço Completo: (rua, nº, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)	

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

Telefone Celular:	
E-mail:	

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

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