



À COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Encaminhamos, para apreciação, a indicação dos professores abaixo relacionados, para compor:

BANCA DE DEFESA DE TESE

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO(A) ALUNO(A):
NOME DO(A) ORIENTADOR(A):
NOME DO(A) COORIENTADOR(A):
TÍTULO DA TESE:
QUANTIDADE DE PÁGINAS DA TESE:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Fármacos e Medicamentos
LINHA DE PESQUISA:

BANCA EXAMINADORA

DATA:	HORA:	LOCAL:	
Docentes titulares	Depto. e Instituição de origem	Ano da titulação Doutorado	CPF e E-mail (se prof. externo ao PPGCF)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Docentes suplentes			
6. (Interno):			
7. (Externo):			

Atenciosamente, Recife, ___ de _____ de _____

Aluno

Orientador (a)