



Universidade de Brasília  
Faculdade de Medicina  
Secretaria de Pós-Graduação

---

Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-9000 – Brasília, DF - Tel.: (061) 3307-2520/ 3273-4069

Brasília, de de .

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Indique a opção

Assunto: Proposta de banca examinadora para defesa de Tese de Doutorado

Senhor Coordenador,

Solicito a Vossa Senhoria autorizar a marcação da defesa de tese de Doutorado do(a) aluno(a) , matrícula / , deste Programa de Pós-Graduação, informando que o(a) mesmo(a) cumpriu todos os requisitos e créditos exigidos (vide histórico escolar e publicação em anexo), conforme o Regulamento do Programa. Declaro ainda que nenhum membro proposto possui participação na pesquisa como co-autor ou co-orientador.

Título:

Banca Examinadora

Presidente:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Membro:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Membro:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Membro:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Membro:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Suplente:

Matrícula: CPF:  
Instituição:

Dia: / /

Horário: h min

Local:

---

**Assinatura do Orientador**