|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | | **Universidade Estadual de Maringá** Centro de Ciências da Saúde  Departamento de Análises Clínicas e Biomedicina  Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |  | |

**ANEXO II**

| **SOLICITAÇÃO DE DEFESA** |
| --- |

1. **IDENTIFICAÇÃO**

| Pós-Graduando: | RA: |
| --- | --- |
| Orientador (a): | |
| Linha de Pesquisa: | |
| Título do projeto de tese: | |

1. **TÍTULO DA TESE**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **SUGESTÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA** (anexar primeira folha do currículo *Lattes* dos membros da banca **externos** ao PBF e/ou a UEM)

| **DOCENTES/PESQUISADORES** | | **INSTITUIÇÃO** | **CPF** |
| --- | --- | --- | --- |
| TITULARES | 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| SUPLENTES | 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**4. DATA DA APRESENTAÇÃO**

| DATA: | HORÁRIO: |
| --- | --- |
| LOCAL: | |

Maringá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orientador (a) Pós-graduando (a)

| DATA DE RECEBIMENTO PELO PBF  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  *Assinatura* | APRECIADO E APROVADO NA \_\_\_\_\_\_REUNIÃO DO CONSELHO ACADÊMICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCIÊNCIAS E FISIOPATOLOGIA – PBF, REALIZADA EM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. |
| --- | --- |

### DADOS DE TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

**OBS:** Deverá ser incluída a primeira folha do currículo *lattes* de todos os membros da Banca Examinadora externos ao programa e/ou à UEM.

| Presidente  **Orientador (a)** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **Primeiro Membro** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **Segundo Membro** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **Terceiro Membro** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **Quarto Membro** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **1º Suplente** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

| Nome  **2º Suplente** |  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço (Rua, Avenida, ET) |  | | | | | | |
| Bairro |  | | | | CEP: | | |
| Cidade/Estado |  | | | | | | |
| CPF |  | | | | | | |
| Complemento: |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Instituição de Origem |  | | | | | | |
| Instituição onde cursou o Doutorado |  | | | | | | |
| Ano de conclusão do Doutorado |  | | Área de Titulação  conforme tabela do CNPq | | | |
| Pós-Doutorado | Sim |  | Não |  | |
| Livre Docente | Sim |  | Não |  | |

**ANEXO III**

À

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia - PBF

Universidade Estadual de Maringá – UEM

Em cumprimento às Normas de Defesa de Tese e ao Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia, informamos que a tese do (a) pós-graduando (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encontra-se em condições de ser submetida à defesa.

Informamos que a tese “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, é composta pelo(s) seguinte(s) artigo(s) científico(s):

**1) Primeiro artigo:**

Título:

Aceito pelo periódico (**anexar aceite**):

JCR (fator de impacto):

Classificação no Qualis Farmácia:

**2) Segundo artigo:**

Título do segundo artigo:

Submetido ao periódico (anexar comprovante de submissão):

JCR (fator de impacto):

Classificação no Qualis Farmácia:

**OU**

**1) Primeiro artigo:**

Título:

Aceito pelo periódico (**anexar aceite**):

JCR (fator de impacto):

Classificação no Qualis Farmácia:

**2) Patente:**

Título da patente:

Ano de desenvolvimento:

País:

URL:

Divulgação:

Finalidade:

Financiador:

Código do registro:

Data do pedido de depósito:

Data do pedido de exame:

Data da Concessão:

Instituição do Depósito:

Data do Depósito:

Atenciosamente,

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

Orientador (a)

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

Pós-graduando (a)