**SOLICITAÇÃO PARA DEFESA DE TESE / DISSERTAÇÃO**

Senhor(a) Coordenador(a),

Ao cumprimentar V.Sª., solicito que sejam tomadas as providências necessárias para a realização da Defesa de:

**( ) Dissertação de Mestrado ( ) Tese de Doutorado**

do(a) discente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_

­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Na ocasião, o(a) pós-graduando(a) apresentará a Dissertação ou Tese intitulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A defesa acontecerá no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas, no (indicar o local) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Respeitosamente,

Belém, ............/............/...................

...................................................................................................

(Assinatura do(a) Orientador(a))

**Obs.1: Anexar cópia do trabalho que será apresentado em arquivo PDF, gravado em CD/DVD.**

**Obs.2: Preencher o formulário de composição da Banca Examinadora, o qual está em anexo (incluir o orientador).**

# **RELAÇÃO DE ESPECIALISTAS INDICADOS PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| C.P.F.: | E-mail: |
| Instituição: | Título acadêmico: |
| Justificativa da escolha deste profissional: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| C.P.F.: | E-mail: |
| Instituição: | Título acadêmico: |
| Justificativa da escolha deste profissional: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| C.P.F.: | E-mail: |
| Instituição: | Título acadêmico: |
| Justificativa da escolha deste profissional: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| C.P.F.: | E-mail: |
| Instituição: | Título acadêmico: |
| Justificativa da escolha deste profissional: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| C.P.F.: | E-mail: |
| Instituição: | Título acadêmico: |
| Justificativa da escolha deste profissional: | |
|  | |

**APROVADO PELA COORDENAÇÃO:**

Belém, ............/............/...................

...................................................................................................

(Assinatura do(a) Coordenador(a))