

**À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento**

Eu, Prof(a). Dr(a) orientador(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, informo que a Tese intitulada “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**, desenvolvida pelo aluno(a) de Doutorado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, foi submetida e aprovada no exame de qualificação e está apta para defesa. Para compor a banca indico os seguintes professores:

**1. Titular membro colegiado do Programa (interno):**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**2. Titular membro colegiado do Programa (interno):**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**3. Titular membro externo ao programa:**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**4. Titular membro externo ao programa:**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**5. Titular membro interno ou externo ao programa:**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**SUPLENTES:**

**1. Suplente membro externo ao Programa (Externo):**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

**2. Suplente membro colegiado do Programa (interno):**

**Link do lattes:**

**NOME COMPLETO:**

**CPF (obrigatório):**

**Email: (obrigatório):**

**Instituição (nome completo da instituição - SIGLA):**

Sugiro a data de **\_\_** de\_\_\_\_\_\_\_de **\_\_\_\_**, às **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** horas para realização da defesa.

No formato:

* Remoto
* Presencial

Recife, **\_\_\_\_**de**\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_**

De acordo:

Assinatura da Orientadora Assinatura do aluno