



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"

REQUERIMENTO EXAME GERAL DE DEFESA DE MESTRADO ACADÊMICO

* Preenchimento somente para alunos aprovados no exame geral de qualificação

* Preencher em letra legível

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do aluno:	RA:
Telefone fixo: ()	Celular: ()
E-mail:	

DADOS PARA AGENDAMENTO

Data da Defesa: / /	Horário:
Título:	

RESERVA DE MATERIAL

() Laptop () Projetor Multimídia
() Outros: _____

Reservado à secretaria de pós-graduação

Totalização mínima de créditos para a defesa	
Disciplinas Obrigatórias (18 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
Disciplinas Optativas (mínimo de 4 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
ADO - Atividades Didáticas Obrigatórias (mínimo de 2 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
AACC - Atividades Acadêmicas Científicas Complementares (mínimo de 2 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
Dissertação (24 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
Total de créditos cumpridos até o momento (mínimo 26 créditos): _____	
* Considerar créditos de disciplinas optativas excedentes	

Marília, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria:



PROPOSTA DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA

* Titulação Mínima: Doutorado

1º TITULAR (Orientador)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

2º TITULAR (Programa ou Famema ou Externo)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

3º TITULAR (Externo ao Programa e a Famema)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"

1º SUPLENTE (Programa ou Famema ou Externo)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

2º SUPLENTE (Externo ao Programa e a Famema)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria: