**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**Faculdade de Medicina da Bahia Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde**

**Rua Augusto Viana, s/n, 5º andar, Canela 40.110-060 Salvador, Bahia, Brasil.**

**Tel.: 55 71 3283.8251**

[**www.medicina.ufba.br**](http://www.medicina.ufba.br/) **/** [**www.ppgms.ufba.br**](http://www.ppgms.ufba.br/) **/** **ppgms@ufba.br**

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA **DEFESA DE DOUTORADO**

Eu com a concordância do professor(a)-orientador(a) do curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde, encaminho ao PPgMS a tese de doutorado intitulada: “

 ” com data de DEFESA definida para / / às horas.

Presencial: Local: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Online:

E-mail: Telefone: **Banca Examinadora Confirmada**

1. Docente UFBA: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:
2. Docente UFBA: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:
3. Docente UFBA: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:
4. Docente OUTRA IES: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:
5. Docente OUTRA IES: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:
6. Docente SUPLENTE: Titulação: Instituição: Endereço eletrônico (e-mail): Telefones fixo e móvel:

Data: / /

Assinatura Pós-graduando:

Assinatura Orientador