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

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, juntamente com o pós-graduando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ encaminho o Projeto de Tese “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” para análise e deliberação do Conselho Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia – PBF.

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

Nome e assinatura pós-graduando

Nome e assinatura do orientador