UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**NOME DO(A) AUTOR(A)**

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO/TESE**

CAMPINAS

20XX

**NOME DO(A) AUTOR(A)**

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO/TESE**

Dissertação/Tese apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre ou Mestra, Doutor ou Doutora em Ciências, na área de [consulte sua área de concentração na ata de defesa].

Orientador(a): Prof.(ª) Dr.(ª)

Coorientador(a): Prof.(ª) Dr.(ª)

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE/DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO(A) ALUNO(A) NOME DO(A) ALUNO(A), ORIENTADA PELO(A) PROF(ª) DR(ª) NOME DO(A) ORIENTADOR(A) E COORIENTADA PELO(A) PROF(ª) DR(ª) NOME DO(A) COORIENTADOR(A), SE HOUVER.

CAMPINAS

20XX

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**Autor(a)** Nome do(a) autor

**Orientador(a)** Nome do(a) orientador(a)

**Coorientador(a)** Nome do(a) coorientador(a), se houver

Tese aprovada em data da defesa

**Comissão Examinadora**

Presidente

Membro 1

Membro 2

Membro 3

Membro 4

**A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas.**

Campinas, data da defesa.