



**TÍTULO TESE**

# Universidade Federal de Juiz de Fora

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde**

**Tese de Doutorado**

**Nome do Aluno**

**Dd/mm/aaaa**

## Banca Examinadora

 **Presidente da Banca (Orientador):**

 **XXXXXXXXXXXXXX**

**Participante I**

Instituição

**Participante I**

Instituição

**Participante I**

Instituição

**Participante II**

Instituição