**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA CLÍNICA – MESTRADO PROFISSIONAL**

**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA DEFESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do discente:**  | **Matrícula:**  |
| **Curso/meses de prorrogação:** ( X ) Mestrado / 3 meses ( ) Doutorado / 6 meses |
| **Orientador(a):**  |
| **Prazo para conclusão (Consultar Histórico):** mês/2024 |
| **Justificativa:** |
| **Cronograma de atividades** |
| **Mês/Ano** | **Descrição das atividades** |
| mês/2024 |  |
| mês/2024 |  |
| mês/2024 |  |
|  |  |
|  |  |

Nestes termos, pede deferimento.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Discente

De acordo,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Orientador(a)