**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)