|  |
| --- |
| **UNIVERSIDADE**  **FEDERAL DO CEARÁ**  *CAMPUS* SOBRAL  PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE |



Ao Colegiado do Mestrado em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral-CE

Venho por meio deste, respeitosamente, nos termo das Normas dos Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Ceará, solicitar ao Colegiado do Mestrado em Ciências da Saúde prorrogação de defesa da dissertação do discente **(nome),** matrícula número **xxx,** por um prazo de **03** meses, considerando que o prazo regimental para a defesa termina em (data prevista). O fato se dá pela xxxxxxxx (inserir justificativa).

Segue em anexo o novo cronograma estabelecido para a conclusão e defesa da dissertação.

Sem mais para o presente momento, agradeço desde já a atenção e compreensão.

Sobral, xx de dezembro de (ano).

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Aluno) | (Orientador(a)  (título) |

*Bloco da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral*

*Avenida Comandante Maurocélio Rocha Pontes, 100 - Derby, Sobral - CE, 62042-280*

*Telefone:*[*(88) 3695-*](javascript:void(0))*4722*

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Aluno) | (Orientador(a)  (título) |