Este requerimento deve ser

**obrigatoriamente digitado.** 

|  |
| --- |
| **Identificação do Requerente (discente)** |
| Nome: |
| Número de matrícula: |
| E-mail: |
| Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informações do Coorientador** | |
| Nome: | |
| CPF: | Titulação: |
| Área de atuação: | |
| Instituição: | |
| E-mail: | |
| Telefone: | |

|  |
| --- |
| **Justificativa para a escolha do Coorientador** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Lavras, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome do Discente | Nome do Coorientador | Nome do Orientador |

|  |
| --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO/COLEGIADO** |
| ( ) DEFERIDO  ( ) INDEFERIDO. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prof. Dr. Bruno Del Bianco Borges  **Coordenador do PPG Ciências da Saúde** |