



UNIVERSIDADE DE  
**VASSOURAS**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula,  
\_\_\_\_\_, orientador(a) do mestrando(a)  
\_\_\_\_\_, matrícula  
\_\_\_\_\_, solicito a extensão do prazo de defesa por \_\_\_\_\_ dias em

virtude dos motivos abaixo:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Orientador

\_\_\_\_\_  
Mestrando (a)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coordenador do programa:  Deferido  Indeferido

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pró-reitor de pesquisa e pós-graduação:  Deferido  Indeferido

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_