



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
secretariapos.isco@ufopa.edu.br

REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE SEMINÁRIOS DE DEFESA
(obrigatório a partir de 2024)

NOME DO DISCENTE:	MATRÍCULA:
CURSO/PROGRAMA: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	TURMA/ANO:
E-MAIL:	CONTATO: ()

SEMINÁRIOS DE DEFESA: Participação em quatro defesas públicas de pós-graduação ofertadas pelo PPGCSA, sendo duas de qualificação e duas de dissertação mediante comprovação da presença com assinatura do requerente na lista de frequência.

Defesas a partir de 24/02/2025.

OBS.: Enviar solicitação de uma única vez.

DEFESAS DE QUALIFICAÇÃO

DISCENTE	DATA	FORMATO
	___/___/___	() Presencial () On-line
	___/___/___	() Presencial () On-line

DEFESAS DE DISSERTAÇÃO

DISCENTE	DATA	FORMATO
	___/___/___	() Presencial () On-line
	___/___/___	() Presencial () On-line

Santarém, ____ de _____ de _____

Assinatura digital do requerente