



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

REQUERIMENTO

PÓS-DEFESA - 60 (SESSENTA) DIAS

À

**Secretaria de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde**

Eu Prof.(a) Dr.(a) _____

formalizo a validação do material pós-defesa 60 (sessenta) dias de: _____

_____ N° _____

Em função do cumprimento do Regimento do MPIESS. **Defesa em:** ____/____/____

Linhas de Pesquisa:

- () **L1:** Currículo Integrado em Saúde
() **L2:** Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

Depósito do Produto: **Prazo de entrega:** ____/____/____ (até 60 dias)

- () Regular com a Tesouraria.
() Produto.

Descrição:

São Caetano do Sul, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) orientador(a)

Campus Barcelona
Av. Goiás, 3400,
Bairro Barcelona,
CEP: 09550-051
São Caetano do Sul/SP

Campus Centro
Rua Santo Antônio, 50,
Bairro Centro,
CEP: 09521-160
São Caetano do Sul/SP

Campus Conceição
Rua Conceição, 321,
Bairro Santo Antônio,
CEP: 09530-060
São Caetano do Sul/SP

Campus São Paulo
Rua Treze de Maio, 681,
Bairro Bela Vista,
CEP: 01327-000
São Paulo/SP

Campus Pós Lato
Rua Manoel Coelho, 600,
(6º andar), Bairro Centro,
CEP: 09510-101
São Caetano do Sul/SP