



CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA - UNIFSM  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
CAJAZEIRAS – PB



## REQUERIMENTO INSTITUCIONAL

Ao Coordenador do curso de Medicina do UNIFSM  
Dr. Caio Visalli Lucena da Cunha

REQUERIMENTO nº \_\_\_\_\_

Cajazeiras - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, residente no  
endereço: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, venho,  
por meio deste, solicitar a V. Senhoria \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(descrever a solicitação e justificar o pedido).

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**

**Solicitante:**  
Docente ( ) nº do CPF: \_\_\_\_\_

Discente ( ) nº da Matrícula: \_\_\_\_\_

**Solicitação:**  
( ) Declaração \_\_\_\_\_  
( ) Ofício ou carta de recomendação para realização de pesquisa.  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

