



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE ORIENTADOR**

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_; RG \_\_\_\_\_, Matrícula \_\_\_\_\_,  
aluno(a) regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,  
nível de ( ) **Mestrado** ( ) **Doutorado**, ingressante do ano de 20\_\_\_\_, atualmente orientado(a)  
pelo (a) Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_ venho por meio desta,  
solicitar à Coordenação de Curso a **mudança de orientação**, que passará a ser exercida  
pelo(a) Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_.

O motivo de minha solicitação deve-se a:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Aluno Solicitante**

**De acordo:**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Orientador Atual**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Orientador Proposto**

*Parecer da Comissão de Ensino:*

**Aprovado ( )**

**Não aprovado ( )**

**Rio Grande, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.**