



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CIRURGIA E PESQUISA
EXPERIMENTAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador do RG _____ e CPF _____,
DECLARO para os devidos fins que tenho disponibilidade de 20 horas semanais para o
desempenho das atividades do Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental(CIPE), e
que me comprometerei no cumprimento das atribuições e respectiva carga horária.

Declaro ainda que li e concordo com o Regimento do Curso.

Ciente de que não causarei prejuízo a minha carga horária regular como discente e nem à
qualidade e o bom andamento das atividades regulares do Mestrado CIPE, DECLARO,
sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui
prestadas.

Belém, ____ de _____ de 2025.

Assinatura



ASSINATURAS

Número do Protocolo: 2025/2073850

Anexo/Sequencial: 2

Este documento foi assinado eletronicamente na forma do Art. 6º do Decreto Estadual Nº 2.176, de 12/09/2018.

Assinatura(s) do Documento:

Assinado eletronicamente por: Makysa Mafessoni Leite Melo, **CPF:** ***.606.422-**

Em: 17/01/2025 10:06:41

Aut. Assinatura: 1df557a31b0e3268b496d25d6ff65f62b718b76959b69b8cbf67b01c61888026



Identificador de autenticação: cfa2e319-0b34-4ab6-8613-c3d73a13c3bb

Confira a autenticidade deste documento em

<https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>