



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 2026.

Assinatura

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

Nº do Protocolo: 2025/2073850 **Anexo/Sequencial:** 2

Página: 1 de 1



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

