Universidade Estadual da Paraíba

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**R E Q U E R I M E N T O G E R A L**

| **DESTINO: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA** |
| --- |

1. **Dados Pessoais e Bancários**

| **NOME** |
| --- |
| **CPF**  | **RG** | **ÓRGÃO EXP.:**  |

| **RUA:**  | **Nº** |
| --- | --- |
| **COMPLEMENTO:** | **BAIRRO:** |
| **CEP:**  | **CIDADE:**  | **UF:**  |
| **CELULAR: ( )**  | **E-MAIL:**  |

| **REQUERIMENTO:** Exemplo:Solicito **ajuda de custo** para inscrição (ou **diárias**, se o evento for presencial) no evento X que ocorrerá em formato remoto/ presencial, no período de 01 a 05 de julho de 2024. Inscrição: R$**Dados bancários**Banco:Código do banco:Agência:Conta-corrente: |
| --- |
| **EM, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/**\_\_\_\_\_\_  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****REQUERENTE** |

1. **Anexos** (enviar em um único documento no formato pdf):

(Apenas nos casos de inscrição/ diárias para participação e apresentação de trabalho científico em evento)

**2.1 Carta(s) de aceite;**

**2.2 Resumo(s) do(s) trabalho(s).**