



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES**

TERMO DE COMPROMISSO (DOUTORADO)

Eu, _____, (nome)
CPF nº _____, identidade nº _____, nº de matrícula
_____, aluno(a) do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação
em Ciências Cardiovasculares, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal
Fluminense, e meu orientador (a) _____, estamos cientes que o
exame de qualificação e a defesa da dissertação serão realizados nas datas
_____ e _____, 30 e 48 meses após a data da realização da
matrícula, respectivamente. Estas datas poderão ser antecipadas, porém jamais
postergadas. Estamos cientes que deveremos entregar obrigatoriamente relatórios
semestrais à coordenação do curso de Pós-Graduação em Ciências
Cardiovasculares.

Declaramos estar cientes que o não cumprimento destas atividades poderá
acarretar em sanções estabelecidas pelo colegiado.

A comissão coordenadora se compromete a prestar todos os esclarecimentos
necessários para o bom andamento do trabalho.

(local e data)

Aluno

Orientador

Coordenador