



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Fundação Universidade Federal do ABC**  
**Pró-Reitoria de Pós-Graduação**

Coordenadoria Administrativa dos Programas de Pós-Graduação  
(11) 4996-0088 / 0099 - secretariatendimento.prog@ufabc.edu.br

REQUERIMENTO		Protocolo n.º	
NOME DO(A) DISCENTE:		MATRICULA n.º	
NOME DO(A) ORIENTADOR(A):			
CURSO:	Data de ingresso no curso conforme Histórico Escolar: / /		
E-MAIL INSTITUCIONAL:		TELEFONE: ( )	
ACEITE/SUBSTITUIÇÃO DE ORIENTAÇÃO E/OU COORIENTAÇÃO			
<input type="checkbox"/> <b>NOVO(A) ORIENTADOR(A)</b> – Preencher APENAS em caso de nova orientação.			
NOME:		SIAPE:	
Área de concentração <sup>1</sup> :	Data de início da orientação <sup>2</sup> :	/ /	
Linha de pesquisa <sup>1</sup> :			
<sup>1</sup> Informações disponíveis no site do Programa e conforme orientador(a).		Assinatura do(a) novo(a) orientador(a)	
<sup>2</sup> Caso seja desde o início do curso, inserir a data de ingresso conforme o Histórico Escolar.			
<input type="checkbox"/> <b>ORIENTADOR(A) A SER SUBSTITUÍDO(A)</b> – Preencher APENAS em caso de substituição de orientação.			
NOME:		SIAPE:	
<b>ANEXAR JUSTIFICATIVA</b> (“Art. 20. O orientador ou orientando pode solicitar a troca de orientação por meio de apresentação de carta circunstanciada à CoPG”)			
<input type="checkbox"/> <b>NOVO(A) COORIENTADOR(A)</b> <sup>1</sup> – Preencher APENAS em casos de nova coorientação.			
NOME:		SIAPE:	
Data de Nasc. <sup>2</sup> : / /	CPF <sup>2</sup> :	Data de início da coorientação: / /	
RG <sup>2</sup> :	Órgão de Expedição:	UF:	Passaporte <sup>2,3</sup> :
Nome da mãe <sup>2</sup> :			
Formação <sup>2</sup> :			
Instituição de ensino na qual está vinculado <sup>2</sup> :			
<sup>1</sup> Em caso de cadastro de mais de um(a) coorientador(a), preencher um novo requerimento.		Assinatura do(a) novo(a) coorientador(a)	
<sup>2</sup> Apenas para coorientação externa à UFABC (dados obrigatórios para cadastro no SIGAA).			
<sup>3</sup> Apenas para estrangeiros.			
<b>ANEXAR JUSTIFICATIVA</b> em caso de nova coorientação.			
<input type="checkbox"/> <b>ENCERRAMENTO OU SUBSTITUIÇÃO DE COORIENTAÇÃO</b> – Preencher APENAS em casos de substituição/encerramento de coorientação.			
NOME:		SIAPE:	
CPF:		Assinatura do(a) coorientador(a) a ser substituído(a)/encerrado(a)	
Data de encerramento ou substituição de coorientação: / /			
<b>ANEXAR JUSTIFICATIVA</b> em caso de encerramento/substituição de coorientação.			
Nestes termos pede deferimento:			
Data de entrega do requerimento:			
_____		_____	
Assinatura do(a) solicitante <sup>1</sup>		Assinatura do(a) orientador(a) <sup>2</sup>	
<sup>1</sup> ASSINATURA ORIGINAL   <sup>2</sup> Em caso de substituição de orientação, a assinatura deve ser do(a) atual orientador(a) em vias de substituição.			
PARA COORDENAÇÃO:			
DEFIRO O(S) ITEM(NS): _____		Carimbo	
INDEFIRO O(S) ITEM(NS): _____			
JUSTIFICATIVA: _____			
Data: ____/____/____			
Assinatura do(a) coordenador(a) do programa			

CHECK-LIST PROPG:  COPG  SIGAA  Deliberações  Divisão Acadêmica  Prontuário

Protocolo n.º	Solicitante:	Data:	
Descrição:	Recebido por:		