



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**  
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP: 64049-550  
Fone: 86.32151160 - E-mail: ppgcf@ufpi.edu.br



**EDITAL 003/2016-PPGCF/UFPI**

**ANEXO II**

**REQUERIMENTO**

Prezado Coordenador,

Eu, \_\_\_\_\_,  
venho, *mui* respeitosamente, requerer a V.S<sup>a</sup>. que se digne autorizar minha inscrição na  
**Seleção para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - Nível  
Mestrado** da Universidade Federal do Piauí, nos termos do **Edital 003/2016-PPGCF/UFPI**.

Nestes termos, peço deferimento.

Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato