



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

**TERMO DE COMPROMISSO (MESTRADO)**

Eu, \_\_\_\_\_, (nome)  
CPF nº \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, nº de matrícula  
\_\_\_\_\_, aluno(a) do curso de Mestrado 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 \_\_\_\_\_, 18 e 24 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