



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO



REQUERIMENTO DE CERTIFICADO - Curso de Pós-Graduação *Lato sensu*

Ilmo(a) Sr(a)

**Prof. Osmar Pereira Oliva**  
Pró-Reitor de Pós-Graduação

O(A) abaixo-assinado(a) \_\_\_\_\_,  
residente na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, Telefone ( ) \_\_\_\_\_, vem requerer a  
V. S<sup>a</sup>. o **Certificado do Curso de Especialização** em \_\_\_\_\_,  
realizado pela  
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES e concluído em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nestes termos pede deferimento.

\_\_\_\_\_ - MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**Nada Consta Financeiro ou Fadenor**

**Nada Consta Biblioteca**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO



RECIBO

Certificado Curso de Pós-Graduação *Lato sensu*

Recebemos de \_\_\_\_\_  
seu Requerimento de **Expedição de Certificado de Curso de Especialização** em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, concluído em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário

**Prazo mínimo de 90 dias para entrega**  
**Fone: (38) 3229-8027**