



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



REQUERIMENTO DE DIPLOMA - Curso de Pós-Graduação *Stricto 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 **Diploma do Curso de \_\_\_\_\_ (Mestrado ou Doutorado)** em  
\_\_\_\_\_, realizado  
pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES e concluído em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nestes termos pede deferimento.

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

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

**Autorização do Programa**

**Nada Consta Biblioteca**



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



RECIBO  
CERTIFICADO - Curso de Pós-Graduação *Stricto sensu*

Recebemos de \_\_\_\_\_  
seu Requerimento de **Expedição de Certificado de Curso de \_\_\_\_\_ (Mestrado ou Doutorado)** em  
\_\_\_\_\_, concluído em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

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

**Prazo mínimo de 90 dias para entrega**

**Fone: (38) 3229-8027**