**[www.fisclinex.uerj.br](http://www.fisclinex.uerj.br)**

**Coordenadora Geral**

Alex Christian Manhães

(ac\_manhaes@yahoo.com.br)

**Coordenadora Adjunto**

**Área Clínica**

Eliete Bouskela

(eliete.bouskela@gmail.com)

**Coordenadora Adjunta**

**Área de Pesquisa Experimental**

Patrícia Cristina Lisboa (pclisboa.uerj@gmail.com)

**Secretaria**

([posclinex.uerj@gmail.com](mailto:posclinex.uerj@gmail.com))

**Endereço**

Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário (CePeM)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

Blvd. 28 de setembro, nº 77, Prédio do CePeM / 2º andar/ Sala do FISCLINEX

Rio de Janeiro / RJ - Brasil

CEP: 20551-030

Tel.: 2868-8212 / 2868-8215 / 2868-8230 - RAMAL 106

Horário de atendimento: 9h às 15h  
YouTube: [@fisclinex](https://youtube.com/@fisclinex)

Instagram: [@fisclinex](https://youtube.com/@fisclinex).uerj

**SOLICITAÇÃO DE TROCA DE ORIENTAÇÃO**

**Ao Colegiado Geral do Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental – FISCLINEX**

Prezados Senhores,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) do Curso de Mestrado/Doutorado, sob Matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_, no Programa de Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental – FISCLINEX da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação do Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho solicitar a mudança de orientador para o Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentos em anexo:**

( ) Declaração de aceite do novo orientador

( ) Visto do orientador atual ou Atestado Médico de saúde do atual orientador

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_ .

**Assinatura do Aluno:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura dos Orientadores:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_