



João Pessoa, ___ de _____ de 20__.

Ao Senhor Prof. Dr. _____

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Eu, _____, CPF no. _____, Carteira de Identidade no. _____, tendo concluído o ____ <Mestrado/Doutorado> ____ em Modelos de Decisão e Saúde com a defesa da ____ <dissertação/tese> ____ intitulada “ ____ Título da dissertação ____”, realizada em ____ de _____ de 20__, sob a orientação dos Profs. Drs. _____ e _____, e tendo entregue os volumes encadernados e CD-ROM com arquivo em PDF com idêntico teor, solicita a emissão de seu Diploma de Conclusão.

Atenciosamente,

Nome completo do Discente