

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Rua Carlos Chagas, s/nº - Bairro São José
Campina Grande-PB, CEP 58400-398
- <https://huac-ufcg.hubrasil.gov.br>

Solicitação - SEI nº 3/2026/UDP/DIVGP/GAD/HUAC-UFCG-HU BRASIL

Campina Grande, data da assinatura eletrônica.

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE TEMPO DE LICENÇA PARA PÓS-GRADUAÇÃO PLEITEADO

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) EMPREGADO(A)

Nome Completo:	Matrícula:
----------------	------------

2. DADOS DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Nome do Curso:	Instituição de Ensino:
Modalidade: () Mestrado () Doutorado	
Data de Início do Curso:	Conclusão prevista:

3. TEMPO DE LICENÇA PARA CAPACITAÇÃO SOLICITADO

Duração Total da Licença Solicitada em Meses:	() Mestrado (Máximo 24 meses)	() Doutorado (Máximo 48 meses)
---	--------------------------------	---------------------------------

4. JUSTIFICATIVA PARA O TEMPO DE LICENÇA SOLICITADO

(Descreva brevemente a necessidade do tempo de licença para a conclusão do curso e/ou atividades acadêmicas)

COMPROMISSO E CONCORDÂNCIA

Declaro que o tempo de licença solicitado está em conformidade com o cronograma do meu curso e com as normas do Edital SEI Nº 01/2026 e da Norma Operacional Nº 07/2016.

Local e Data

ASSINATURA DO(A) EMPREGADO(A)



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Formiga Pinheiro, Chefe de Unidade**, em 17/08/2026, às 14:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **64049094** e o código CRC **1DE3A16E**.

Referência: Processo nº 23769.007505/2025-85 SEI nº 64049094