



## ANEXO V

### TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) de RG N°. \_\_\_\_\_ e CPF  
N°. \_\_\_\_\_, DECLARO que dedicar-me-ei ao Programa de  
Pós-Graduação em Biociências e Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde  
da Universidade Federal de Rondonópolis, cumprindo todas atividades previstas  
durante o período de março 2023 a fevereiro 2025.

Estou ciente que minha participação no programa requer dedicação à  
diversas atividades como aulas teóricas e práticas, seminários, desenvolvimento  
de pesquisas, elaboração de relatórios, exame de qualificação, elaboração e  
defesa de dissertação, que poderão ser desenvolvidas em qualquer turno ou dias  
da semana.

Por ser verdade, firmo a presente.

Rondonópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura do(a) mestrando(a)