

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU Mestrado  
EM ATENÇÃO À SAÚDE.



**Formulário EQ-M: Designação de docentes para composição de Comissão de Avaliação em Exame de Qualificação de Dissertação de Mestrado e confecção de documentos comprobatória.**

**TERMO DE SOLICITAÇÃO**

Prezada Profª. Dra. Adenicia Custodia Silva e Souza

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Atenção à Saúde

Por meio deste, eu, Prof.(a) Dra(a) \_\_\_\_\_,

docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Atenção à Saúde, solicito a designação dos(as) docentes abaixo relacionados(as) para compor a Comissão de Avaliação, em Exame de Qualificação, do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado:


Em desenvolvimento pelo(a) discente: \_\_\_\_\_

Matrícula \_\_\_\_\_, sob minha orientação. Adicionalmente, solicito 1) a confecção da documentação comprobatória da realização e do resultado do exame (Ata de Exame de Qualificação de Dissertação de Mestrado), e 2) os termos de participação dos membros da Comissão de Avaliação na atividade.

**DOCENTES A COMPOR A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO**

- 1) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ Presidente(a)  
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) (Orientador)
- 2) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ Membro convidado do MAS  
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) (indicação obrigatória)
- 3) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ Membro convidado  
Instituição: \_\_\_\_\_ Sigla:( \_\_\_\_\_) (indicação obrigatória)
- 4) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ Membro suplente  
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) (indicação obrigatória)
- 5) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ Membro convidado  
Instituição: \_\_\_\_\_ Sigla:( \_\_\_\_\_) (indicação opcional)

**DADOS PARA PROGRAMAÇÃO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Data e horários pretendidos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

Local pretendido: \_\_\_\_\_

**Observações:** 1) Anexar um exemplar do projeto a este formulário quando da entrega do mesmo na Secretaria do MAS.

2) Encaminhar um exemplar do Projeto para cada Membro da Comissão de Avaliação.

**ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_  
DOCENTE MAS  
Presidente(a)/ Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
DISCENTE MAS  
Curso de Mestrado

Data da solicitação:

--	--	--

Solicitação deferida

Solicitação indeferida (Justificativa em anexo)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Prof. Dra. Adenicia Custodia Silva e Souza**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Mestrado em Atenção à Saúde