

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 D-M: Designação de docentes para composição de Comissão de Avaliação em Defesa de Dissertação de Mestrado e confecção de documentos comprobatória.

TERMO DE SOLICITAÇÃO

Prezada Prof^a. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila

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

Por meio deste, eu, Prof.(a) Dr.(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 para atuar em sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado Intitulada:

Em desenvolvimento pelo(a) discente:

Matrícula , sob minha orientação. Adicionalmente, solicito a confecção 1) da documentação comprobatória da realização e do resultado do exame (Ata de Sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado), 2) dos termos de participação da Comissão de Avaliação na atividade, e 3) o encaminhamento, às instâncias institucionais competentes, da solicitação de custeio do traslado e da hospedagem do membro convidado externo, assim como do empenho de pró-labore no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) em favor do mesmo, conforme dados em anexo (p. 2)

DOCENTES A COMPOR A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

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

DADOS PARA PROGRAMAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA

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

Local pretendido: