

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. 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, 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)  
(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 convidado

Instituição: \_\_\_\_\_ Sigla: (\_\_\_\_\_)

(indicação opcional)

**DADOS PARA PROGRAMAÇÃO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

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

Local pretendido:

**ASSINATURAS**

DOCENTE MAS  
Presidente(a)/ Orientador(a)

DISCENTE MAS  
Curso de Mestrado

Data da solicitação:

 /  / 

Solicitação deferida

Solicitação indeferida (Justificativa em anexo)

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

**Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Mestrado em Atenção à Saúde