

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Avenida Frei Serafim, 2280, Centro, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64001- 020

Telefone: (86) 3215-5856

E-mail: mestradosaude@ufpi.edu.br

Teresina, ------- de -------- de 20----.

A: Coordenação do Programa de Pós- Graduação em Ciências e Saúde

Prezados da Coordenação,

Solicito que seja realizada a Etapa de Pré-defesa ou Exame de Qualificação na modalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da/o aluna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** com dissertação intitulada “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**”.**

A banca sugerida constitui- se dos seguintes membros:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Orientadora/o - Presidente) – **UFPI**
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1ª Examinadora/o) – Interno **– Sigla da Instituição do professor**
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2ª Examinadora/o) – Externo **– Sigla da Instituição do professor**
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Suplente) – Interno/Externo a instituição **– Sigla da Instituição do professor**

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Docente Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde/UFPI