

**OFICIO 1:**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



Montes Claros (MG), «dd» de «mês por extenso» de «ano»

**Ilmo(a). Prof(a). Dr(a). «nome do(a) professor(a)»  
Coordenador(a) do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde -Unimontes**

**Prezado(a) Coordenador(a),**

Com os nossos cordiais cumprimentos, encaminhamos os dados abaixo e solicitamos a aprovação da banca examinadora do exame de qualificação do(a) candidato(a) «**nome do(a) candidato(a)**», com o trabalho intitulado «**título do trabalho**», a ser avaliado pelos membros abaixo sugeridos, no dia \_\_\_/\_\_\_\_/\_, às \_ horas, no local

Informações referentes aos membros da banca:

Avaliador 1 (Coorientador):

Nome:  
Endereço:  
Telefones:  
E-mail:  
CPF:  
RG:  
Formação/Titulação:  
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Avaliador :

Nome:  
Endereço:  
Telefones:  
E-mail:  
CPF:  
RG:  
Formação/Titulação:  
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Avaliador:

Nome:  
Endereço:  
Telefones:  
E-mail:  
CPF:  
RG:  
Formação/Titulação:  
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Atenciosamente,

«Assinatura do(a) Prof(a). Orientador(a)»  
**Prof(a). Dr(a). «nome do(a) Prof(a). Orientador(a)»**