

OFÍCIO 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 2 (Interno):

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

Avaliador 3 (Externo):

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)»