



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Vitória da Conquista, xx de xxxxxxxx de 20xx

Ilm.º. Sr. Nome completo do coordenador (a) do colegiado do PPGPS
Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde/IMS-UFBA

ASSUNTO: Solicitação de Qualificação de Projeto de Dissertação da (o) mestrand(a) (o)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prezado (a) Coordenador (a),

Venho solicitar a apreciação pelo Colegiado do Mestrado em Psicologia da Saúde da Banca de Qualificação (dados no formulário anexado) da discente XXXXXXXXXX, orientada por XXXXXXXXXX e co-orientado (a) por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. A Qualificação está programada para o dia XX de XXXXXX de 20XX, às XXXXh, na UFBA, Campus Anísio Teixeira, em Vitória da Conquista.

Ressalto que o Projeto de Dissertação intitulado “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”, encontra-se em condições para Qualificação.

Atenciosamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Docente do Mestrado em Psicologia da Saúde

Informações da Banca Examinadora

I - IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:

NIVEL: MESTRADO

NOME COMPLETO: XXX

Telefone Res. () _____ Cel. () _____

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXX

II - DADOS DO EXAME

1- QUALIFICAÇÃO ()

2- DEFESA ()

DATA: ____/____/____

LOCAL: Universidade Federal da Bahia

HORÁRIO: _____

TÍTULO DO TRABALHO: XXXXXXXXXXXXXXXXX

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: XXXXXXXXXXXXXXXXX

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A APRESENTAÇÃO DO TRABALHO:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

ATENÇÃO: Caso haja necessidade de videoconferência ou outro recurso tecnológica para participação de membros externos, solicita-se providenciar antecipadamente com o *helpdesk* ou setor responsável.

EXAMINADOR 01 (Orientador – Presidente da Banca):

NOME COMPLETO: XX

CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

End. Residencial: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Tel. Residencial (XX) XXXX-XXXX Celular (XX) XXXXX-XXXX

Ponto de Referência: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXX

Instituição de Vinculo: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Departamento: XXXXXXXXXXXX

Telefones: (XX) XXXX-XXXX

Área de Concentração:

Titulação Máxima: XXXX Ano de Conclusão: XXXX

Instituição de Conclusão: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

EXAMINADOR 02: (Membro titular interno – do Programa ou da UFBA):

NOME COMPLETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

End. Residencial: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Tel. Residencial (XX) XXXX-XXXX Celular (XX) XXXXX-XXXX

Ponto de Referência: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

E-mail:

Instituição de Vinculo:

Departamento:

Telefones: (XX) XXXX-XXXX

Linha de Pesquisa:

Titulação Máxima: XXXXX Ano de Conclusão: XXXX

Instituição de Conclusão: XXXXXXXXXXXXXXXX

EXAMINADOR 03 (Membro titular interno ou externo à UFBA)

NOME COMPLETO: XX

CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

End. Residencial: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Tel. Residencial (XX) XXXX-XXXX Celular (XX) XXXXX-XXXX

Ponto de Referência: XX

E-mail:

Instituição de Vínculo:

Departamento:

Telefones: (XX) XXXX-XXXX

Linha de Pesquisa:

Titulação Máxima: XXXXX Ano de Conclusão: XXXX

Instituição de Conclusão: XX

EXAMINADOR 04 (Suplente)

NOME COMPLETO: XX

CPF: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

End. Residencial: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Tel. Residencial (XX) XXXX-XXXX Celular (XX) XXXXX-XXXX

Ponto de Referência: XX

E-mail:

Instituição de Vínculo:

Departamento:

Telefones: (XX) XXXX-XXXX

Linha de Pesquisa:

Titulação Máxima: XXXXX Ano de Conclusão: XXXX

Instituição de Conclusão: XX

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Aluno(a)

Recebido pela Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
Vitória da Conquista ___/___/___

Assinatura do(a) Funcionário(a) _____