## SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE BANCA DE QUALIFICAÇÃO

**À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, solicito a homologação da banca de qualificação ( ) Mestrado ( ) Doutorado**

**Aluno(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Título do Trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Título do Trabalho em Inglês: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Projeto de pesquisa do(a) Orientador(a) ao qual o trabalho está vinculado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h Sala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Membros da Banca:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Departamento/Instituição** | **Professor(a) do PPGMDS:**  **(marcar X)** | **Orientador(a)**  **(Marcar X)** | **Pesquisador(a) CNPq**  **(Marcar X)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*Para cada professor(a) externo(a) ao programa, solicita-se preencher as informações abaixo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES): | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | | | LOCAL: | | | | | PAÍS: |
| SEXO: | ESTADO CIVIL: | | | | | | | CPF/PASSAPORTE\*: | | |
| RG( ) / RNE( ) NÚMERO: | | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | | | | | DATA DA EMISSÃO: | |
| FONE: | | E-MAIL: | | | | | | | | |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | | | | | | |
| TITULAÇÃO MAIOR: | | | | | | | | | | |
| ONDE OBTEVE O TÍTULO: | | | | | | | PAÍS: | | | ANO: |
| INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: | | | | | | | | | | ANO DE CONCLUSÃO: |
| DEPARTAMENTO: | | | CARGO/FUNÇÃO: | | | | | | MATRÍCULA SIAPE: | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | | | | | | CEP: | | | TELEFONE: ( ) | |
| CIDADE: | | | | | | ESTADO: | | | PAÍS: | |

**João Pessoa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orientador(a) Orientador(a)**

**\* Encaminhar à Coordenação do PPGMDS:**

* **Formulário de solicitação de homologação de banca de qualificação;**
* **Projeto;**
* **Histórico.**

**Obs.: Os arquivos devem ser enviados em formato PDF para o endereço de e-mail (ppgmds@ccen.ufpb.br)**