**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE**

Avenida Frei Serafim, 2280 - Teresina, Piauí, CEP 64000-020

Telefone: 86-3215-4647 – E-mail: ppgsc[@ufpi.edu.br](mailto:mestradosaude@ufpi.edu.br)

Teresina, xx de xxxxxx de 201x

Memo s/n/201x

À: Coordenação do PPGSC

De: Profa Dr(a). nome do orientador

Senhor(a) Coordenador(a),

Solicito a realização do exame de qualificação do projeto de pesquisa, na modalidade presencial, do(a) discente **Nome do aluno sem abreviaturas**, no dia xx/xx/20xx, às xxhxxmin, no(a) xxxxxxxxx. O projeto é intitulado “*Título completo do estudo – em itálico*”. A banca sugerida constitui-se dos seguintes membros:

Prof(ª) Dr(a). Nome completo sem abreviaturas (Presidente/UFPI)

Prof(ª) Dr(a). Nome completo sem abreviaturas (Examinador interno/externo à UFPI/Instituição)

Prof(ª) Dr(a). Nome completo sem abreviaturas (Examinador interno/UFPI) Prof(ª) Dr(a). Nome completo sem abreviaturas (Examinador suplente/UFPI)

Atenciosamente,

Prof(ª) Dr(a). Nome do orientador(a)

Orientador(a)