



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
Rua Augusto Viana, s/n, 5º andar, Canela
40.110-060 Salvador, Bahia, Brasil.

Tel.: 55 71 3283.8251
www.medicina.ufba.br / www.ppgms.ufba.br / ppgms@ufba.br



TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA **EXAME DE QUALIFICAÇÃO**
MESTRADO E DOUTORADO

Eu _____
com a concordância do professor(a)-orientador(a) _____
do curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde, encaminho a dissertação/tese, em meio impresso (03
vias) do trabalho intitulado: “ _____
_____ ”

com data de qualificação definida para ____/____/____ às _____ horas.

E-mail: _____ Telefone: _____

Banca Examinadora Confirmada

1. Docente UFBA: _____

Titulação: _____ Instituição: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Telefones fixo e móvel: _____

2. Docente UFBA: _____

Titulação: _____ Instituição: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Telefones fixo e móvel: _____

3. Docente UFBA: _____

Titulação: _____ Instituição: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Telefones fixo e móvel: _____

Data: ____/____/____

Assinatura Pós-graduando: _____

Assinatura e carimbo orientador _____