



Faculdade de Medicina  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 7009  
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640  
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br



## FORMULÁRIO PARA PREPARAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em: \_\_\_\_\_

Área de Concentração: \_\_\_\_\_

### DADOS DO DISCENTE

**Atenção:** Você deve solicitar um histórico na secretaria do CPG para conferir se cursou e integralizou todos os créditos e disciplinas obrigatórias (quando houver) necessários para sua defesa.

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº matrícula \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Telefones:

Residencial \_\_\_\_\_

Consultório \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

### DADOS DA QUALIFICAÇÃO

Data da qualificação \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Título do trabalho

### **ORIENTADOR**

Nome completo \_\_\_\_\_

Endereço residencial \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefones Residencial \_\_\_\_\_ Consultório \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

\_\_\_\_\_

## **DADOS DA BANCA EXAMINADORA**

**1) Nome completo** \_\_\_\_\_  
Endereço residencial \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Telefones Residencial \_\_\_\_\_ Consultório \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Instituição de vínculo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

**2) Nome completo** \_\_\_\_\_  
Endereço residencial \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Telefones Residencial \_\_\_\_\_ Consultório \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Instituição de vínculo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

**3) Nome completo** \_\_\_\_\_  
Endereço residencial \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Telefones Residencial \_\_\_\_\_ Consultório \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Instituição de vínculo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante

Recebido pela secretaria do Centro de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_