UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIENCIAS DA SAÚDE

Título do Plano de Dissertação:	
Aluno(a):	**Data da Defesa**: / /
AVALIADOR(A) 1:	**CPF:**
Instituição:	

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – PARTE ESCRITA		
Item	**Nota máxima para cada item**	**Nota do avaliador**
Relevância do estudo e potencial para publicação	1,00	
Revisão bibliográfica atualizada	1,00	
Metodologia	1,00	
Resultados Preliminares	1,00	
Formatação e uso correto da linguagem	1,00	
Total	**5,00**	**Nota =**
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – PARTE ORAL		
Item	**Nota máxima para cada item**	**Nota do avaliador**
Tempo de apresentação	0,50	
Qualidade dos slides	1,00	
Uso correto do idioma	0,50	
Domínio do tema	1,50	
Resposta aos examinadores	1,50	
Total	**5,00**	**Nota =**

PARTE ESCRITA	**PARTE ORAL**	**NOTA FINAL (soma)**

PARECER DO AVALIADOR(A) 1

( ) **Aprovado (nota maior ou igual a 7);**

( ) **Reprovado** (indica que o trabalho não tem o nível de qualidade adequado para uma dissertação e será submetido a uma nova avaliação conforme o regimento do programa).

_____

AVALIADOR(A) 1

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIENCIAS DA SAÚDE

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Título do Plano de Dissertação:	
Aluno(a):	**Data da Defesa:** / /
AVALIADOR(A) 2:	**CPF:**
Instituição:	

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – PARTE ESCRITA		
Item	**Nota máxima para cada item**	**Nota do avaliador**
Relevância do estudo e potencial para publicação	1,00	
Revisão bibliográfica atualizada	1,00	
Metodologia	1,00	
Resultados Preliminares	1,00	
Formatação e uso correto da linguagem	1,00	
Total	**5,00**	**Nota =**
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO – PARTE ORAL		
Item	**Nota máxima para cada item**	**Nota do avaliador**
Tempo de apresentação	0,50	
Qualidade dos slides	1,00	
Uso correto do idioma	0,50	
Domínio do tema	1,50	
Resposta aos examinadores	1,50	
Total	**5,00**	**Nota =**

PARTE ESCRITA	**PARTE ORAL**	**NOTA FINAL (soma)**

PARECER DO AVALIADOR(A) 2

( ) **Aprovado (nota maior ou igual a 7);**

( ) **Reprovado** (indica que o trabalho não tem o nível de qualidade adequado para uma dissertação e será submetido a uma nova avaliação conforme o regimento do programa).

_____

AVALIADOR(A) 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIENCIAS DA SAÚDE

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

PARECER FINAL

Nota do Avaliador(a) 1	Nota do Avaliador(a) 2	NOTA FINAL (Média)

PARECER FINAL

( ) **Aprovado (Média maior ou igual a 7);**

( ) **Reprovado** (indica que o trabalho não tem o nível de qualidade adequado para uma dissertação e será submetido a uma nova avaliação conforme o regimento do programa).

RECOMENDAÇÕES:

_____

_____

_____

_____

Título do Plano de Dissertação:	
Aluno(a):	**Data da Defesa:** / /
Orientador(a):	

_____

Discente

_____

Orientador**(a)**