

**MODELO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE
QUALIFICAÇÃO / DEFESA
(Documento obrigatório)**

DADOS PESSOAIS	
Nome do(a) Aluno(a):	
Telefone Residencial/Comercial:	Celular:
Matrícula:	CPF:
Ano de ingresso:	Turma:
E-mail:	

DADOS DO PROJETO	
Agendamento para: (<input type="checkbox"/>) Qualificação (<input type="checkbox"/>) Defesa	
Título:	
Linha de pesquisa:	
Orientador(a):	
Coorientador(a):	
Instituição:	
Data:	Horário:
Modalidade: (<input type="checkbox"/>) Presencial (<input type="checkbox"/>) Híbrida (<input type="checkbox"/>) Online	
Caso a modalidade seja híbrida ou online informe o <i>link</i> da plataforma de vídeo conferência:	
Caso a modalidade seja híbrida informe os nomes dos participantes que estarão online:	

DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA ¹	
Membro Titular (1): Orientador (a) – Presidente da Banca	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	
Membro Titular (2): Avaliador Interno da IES	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	
Membro Titular (3): Avaliador Externo de IES, associada a Rede PROFSAÚDE²	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	
Membro Titular (4): Convidado³	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	

Suplente (1): Avaliador Interno da IES	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	
Suplente (2): Avaliador Externo de IES, associada a Rede PROFSAÚDE ²	
Nome Completo:	
CPF:	Data de Nascimento:
Titulação:	
Instituição de vínculo:	
¹ Conforme o Regimento Interno https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/regimento-interno-profsaude-2024	
² O Membro e o Suplente Externo deverão ser preferencialmente da Rede PROFSAÚDE.	
³ O quarto Membro da Banca Examinadora deverá ser um convidado com relação direta com o campo de prática profissional ao qual o discente estiver vinculado, podendo ser um profissional de saúde ou um integrante do território ou grupo que se pretende impactar com o produto final. Não será necessário, nesse caso, que o convidado tenha doutorado. O convidado terá lugar de fala, podendo inclusive fazer sugestões, porém sem atribuir nota.	

Assinatura do(a) Aluno(a)

Assinadora do(a) Orientador(a)

Observações:

- A Banca Examinadora se constitui tendo por funções a avaliação, análise, julgamento, parecer e considerações sobre a qualificação projeto do TCM e/ou defesa de TCM, e demais providências. Deverá ser constituída por 04 (quatro) membros e 02 (dois) suplentes. Os membros da banca devem possuir o título de doutor a exceção do quarto membro (convidado), segundo o regimento;
- A Banca Examinadora se reunirá em calendário específico, acordado por seus membros, para dar cumprimento às suas funções. Nas decisões internas, os membros titulares internos e externos, têm pleno direito a voz e atribuição de nota/conceito; os membros convidados têm direito a voz, sendo vetado seu direito à atribuição de nota/conceito;
- O(A) membro e suplente externo à instituição deverá preencher a “Ficha complementar para Membro e/ou suplente externo”;
- Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do programa com antecedência de no mínimo 20 (vinte) dias da data da qualificação.

FICHA COMPLEMENTAR PARA MEMBRO E/OU SUPLENTE EXTERNO
(Documento obrigatório)

CAMPO DESTINADO AOS DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR EXTERNO

Membro Titular Externo

Nome: _____
Tel.: _____ E-mail: _____
Endereço: _____
Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Instituição onde concluiu o Doutorado: _____
Área: _____ Ano de Conclusão: _____
Instituição de vínculo: _____
RG: _____ CPF: _____

Membro Titular Convidado

Nome: _____
Tel.: _____ E-mail: _____
Endereço: _____
Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Formação: _____ Ano de conclusão: _____
Instituição de vínculo: _____
Campo de prática com o vínculo de atuação do(a) mestrando(a): _____
RG: _____ CPF: _____

Suplente Externo

Nome: _____
Tel.: _____ E-mail: _____
Endereço: _____
Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Instituição onde concluiu o Doutorado: _____
Área: _____ Ano de Conclusão: _____
Instituição de vínculo: _____
RG: _____ CPF: _____

_____(Estado)____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)