

# ANEXO A

## MODELO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO (AGENDAMENTO)

### DADOS PESSOAIS

Nome do(a) Aluno(a)	
Telefone: Residencial/Comercial: ( )	Celular: ( )
Matrícula:	CPF:
E-mail:	

### DADOS DO PROJETO

Título:		
Linha de pesquisa:		
Orientador(a):		
Local:	Data:	Horário:

### DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Status	Nome	Titulação	Instituição a qual está vinculado	CPF	Data de nascimento
Orientador(a)					
Membro					
Membro					
Suplente					

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Aluno(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

### Observações:

1. A Banca Examinadora de qualificação do mestrado deverá ser constituída por docentes com título de doutor(a), sendo três membros titulares e um membro suplente. Será presidida pelo(a) orientador(a), e um dos membros titulares deve ser externo à Instituição Associada.
2. O(A) Docente Externo à Instituição deverá preencher ficha complementar do anexo A.
3. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do programa com antecedência de 20 (vinte) dias da data da qualificação.

**Observações:**

1) Ficha Complemenar para membro externo: será necessário o preenchimento dos dados nos campos que seguem:

**CAMPO DESTINADO AOS DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR EXTERNO**

**Efetivo**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Efetivo**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Suplente**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

## ANEXO B

### MODELO DE ATA COM PARECER DA QUALIFICAÇÃO

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de dois mil e \_\_\_\_\_, reuniu-se a Banca de Defesa de Qualificação composta pelo(a):

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ e

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ (suplente),

perante a qual, \_\_\_\_\_,

aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família / \_\_\_\_\_, defendeu para preenchimento dos requisitos do exame de qualificação, Projeto de Dissertação de mestrado denominado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A defesa do referido Projeto de Dissertação ocorreu das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ tendo sido o(a) aluno(a) submetido(a) à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o(a) mestrando(a) \_\_\_\_\_, no exame de qualificação, considerando que:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ presidi a Banca Examinadora do Projeto de Dissertação, assino a presente ata, juntamente com os demais membros e, dou fé.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

## ANEXO C

### MODELO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE DEFESA

(Preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Ano de Ingresso: \_\_\_\_\_

Orientador(a): \_\_\_\_\_

IES: \_\_\_\_\_

Segundo(a) orientador(a): \_\_\_\_\_

O segundo e/ou terceiro orientador participarão da Banca? [ ] SIM [ ] NÃO

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Título da Dissertação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Haverá utilização de tecnologia da informação? (Especificar tipo de tecnologias e membros a distância) \_\_\_\_\_

Nome do membro que irá participar \_\_\_\_\_

**EXAMINADORES**                      **(NOME POR EXTENSO)**                      **(SIGLA DA INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO)**

Prof(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Membro externo ao Programa de Saúde da Família)

Prof(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Membro interno ou externo ao Programa de Saúde da Família)

Prof(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Orientador/a)

Prof(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Suplente externo – Membro externo ao Programa de Saúde da Família)

Prof(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Suplente interno – Membro interno ou externo ao Programa de Saúde da Família),

**Observações:**

1) Membro Externo: será necessário o preenchimento dos dados nos campos que seguem:

**CAMPO DESTINADO AOS DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR EXTERNO**

**Efetivo**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Efetivo**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Suplente**

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

# ANEXO D

## MODELO DE ATA COM PARECER DA DEFESA

Realizada no dia	Instituição Associada / Polo
Ata da Sessão de Defesa do Trabalho de Conclusão do(a) Mestrando(a)	

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_ do ano de dois mil e \_\_\_\_\_, nas dependências do \_\_\_\_\_, iniciou a sessão de defesa de dissertação do Mestrado Profissional, intitulada " \_\_\_\_\_ " apresentado por \_\_\_\_\_.

A banca examinadora foi constituída pelos seguintes membros:

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) - 1.º Examinador(a).

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) - 2.º Examinador(a).

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ / FIOCRUZ)

**Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a)).**

Atuaram como suplentes os:

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

A sessão foi aberta pelo(a) orientador(a) que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Em seguida, a Comissão Examinadora passou à arguição pública do(a) candidato(a). Após a arguição, a Comissão Examinadora, em reunião secreta, considerou o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_. Às \_\_\_\_\_ horas foi encerrada a sessão. Nada mais havendo a relatar, lavrou-se a presente Ata, que, depois de lida e aprovada, será subscrita pelos membros titulares da Comissão Examinadora.

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ - 1º Examinador(a) \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ - 2º Examinador(a) \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ - Orientador(a) Principal \_\_\_\_\_

Presidente da Banca

No caso da dissertação aprovada, quanto à divulgação, a comissão examinadora é favorável:

( ) à divulgação da dissertação em sua forma atual.

( ) à divulgação da dissertação após os ajustes sugeridos pela Comissão.

O título da defesa sofreu alterações? ( ) SIM ( ) NÃO

No caso de alteração qual o novo título?

---

---

---

---

**Observações da Banca:** (recomendações de modificações, ajustes, sugestões de publicações, outros comentários; se necessário anexar folhas adicionais com parecer detalhado).

---

---

---

---

---

---

**Observação:**

A emissão do Diploma e do Histórico Escolar está condicionada à entrega de 01 volume da dissertação, acompanhado do CD/DVD contendo texto completo e resumo da mesma. Após alterações sugeridas pela comissão, contendo as assinaturas do orientador na folha de aprovação de todos os exemplares.

**Este documento não substitui o Diploma e o Histórico Escolar de conclusão do Curso.**

# ANEXO E

## ENTREGA DO EXEMPLAR DA DISSERTAÇÃO

De: \_\_\_\_\_ (Nome do(a) orientador(a))

Para: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

---

(Entrega dos exemplares definitivos da Dissertação de Mestrado)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Prezados(as) Senhores(as):

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) orientador(a)), orientador(a) do(a) mestrando(a) \_\_\_\_\_ (nome do(a) mestrando(a)), do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, encaminho \_\_\_\_\_ (nº de exemplares) da versão final do volume do Trabalho de Conclusão do Mestrado, corrigidos e impressos em papel A4, encadernado, ou conforme prevê a Secretaria Acadêmica da Instituição Associada.

Aproveito, ainda, para informar que o(a) referido(a) mestrando(a) incorporou no texto de seu trabalho final as alterações sugeridas pela banca examinadora no dia da defesa da dissertação, intitulada \_\_\_\_\_ (Título da Dissertação).

Atenciosamente,

---

Assinatura do(a) Professor(a) orientador(a)