

PROFSAÚDE

MODELOS DOCUMENTAIS PARA QUALIFICAÇÕES E DEFESAS

- **MODELO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE QUALIFICAÇÃO / DEFESA;**
- **FICHA COMPLEMENTAR PARA MEMBRO E/OU SUPLENTE EXTERNO;**
- **FICHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO;**
- **FICHA DE AVALIAÇÃO DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO – FORMATO CONVENCIONAL COM PTT;**
- **FICHA DE AVALIAÇÃO DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO – FORMATO ARTIGO COM PTT;**
- **ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE QUALIFICAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO;**
- **ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO;**
- **DECLARAÇÃO DE MEMBRO DE BANCA EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO**
- **DECLARAÇÃO DE MEMBRO DE BANCA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO**
- **ENTREGA DO EXEMPLAR DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO;**
- **CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS - TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE MESTRADO.**

Versão. 02

Data: 06/06/2025

**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: () Qualificação () Defesa	
Título:	
Linha de pesquisa:	
Orientador(a):	
Coorientador(a):	
Instituição:	
Data:	Horário:
Modalidade: () Presencial () Híbrida () 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)

CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS
Trabalhos de Conclusão de Mestrado
(Documento obrigatório)

Eu, _____, brasileiro(a) inscrito(a) no CPF sob o nº _____
AUTOR da obra intitulada: _____,
defendida como Trabalho de Conclusão de Mestrado, em ____/____/20____ no programa de pós-
graduação PROFSAÚDE na IES _____, sob orientação
de _____ em consonância com a “Política de Acesso Aberto
ao Conhecimento da Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz”, **CEDO** e **TRANSFIRO**, total e
gratuitamente, à **FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**, em caráter permanente, irrevogável
e **NÃO EXCLUSIVO**, todos os direitos patrimoniais **NÃO COMERCIAIS** de utilização da OBRA
artística e/ou científica indicada acima, inclusive os direitos de voz e imagem vinculados à OBRA,
durante todo o prazo de duração dos direitos autorais, em qualquer idioma e em todos os países, de
acordo com os Termos e Condições desta Cessão, restando claro que o exercício pela FIOCRUZ -
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ dos direitos aqui cedidos se iniciará:

() imediatamente, a partir desta data.

() a partir de _____ meses a contar desta data.

() a partir de data futura a ser posteriormente informada, uma vez
que a OBRA está em estudo de patenteamento ou sob sigilo,
entretanto, CEDO e TRANSFIRO, a partir desta data, os direitos
sobre os dados descritivos - autor, orientador, programa, título,
ano, resumo - da obra, de acordo com os Termos e Condições desta
Cessão.

(Estado),_(dia) de_(mês) de 20(ano)

Assinatura do Autor

ENTREGA DO EXEMPLAR DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO
(Documento obrigatório)

De: _____ (Nome do(a) orientador(a))

Para: _____

Assunto: _____

(Ex.: Entrega dos exemplares definitivos do Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM))

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 a versão final do Trabalho de Conclusão do Mestrado, no formato digital, 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 do TCM,
intitulado _____

(Título do TCM).

Atenciosamente,

Assinatura do(a) Professor(a) Orientador(a)