**PROFSAÚDE - MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/UFJF**

**COMPOSIÇÃO DE BANCA EXAMINADORA de ( ) Qualificação ( ) Defesa**

**1 – IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno (a): | Nível  Mestrado |
| Título do Projeto: | |
| Linha de pesquisa (vide quadro no final do formulário): | |

**2 – LOCAL E DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local: Videoconferência conforme Resolução Nº 001/2020 PROPP | Data: | Horário: |
| Vou usar a Sala Virtual do PROFSAÚDE  Vou usar uma Sala Virtual gerada pelo (a) meu (minha) orientador (a) (nesse caso, informar o link gerado pelo (a) Orientador (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**3 – MEMBROS DA BANCA PROFESSORES EXTERNOS À UFJF**

**ORIENTADOR (A)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | CPF | Departamento: |
| Titulação | Área de Concentração: | Instituição onde obteve a titulação: | Ano conclusão: | *E-mail* |

**COORIENTADOR (A)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | CPF | Departamento: |
| Titulação | Área de Concentração: | Instituição onde obteve a titulação: | Ano conclusão: | *E-mail* |

**MEMBRO INTERNO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome**:** | | | CPF: | Departamento: |
| Titulação | Área de Concentração: | Instituição onde obteve a titulação: | Ano conclusão: | *E-mail* |

**MEMBRO EXTERNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- Nome: | | CPF | | Identidade | Instituição de Origem |
| Endereço **(de embarque p/ viagem de carro)**  NÃO É NECESÁRIO em defesa por videoconferência | | | | Telefones | E-mail |
| Titulação: | Área de Concentração: | | Instituição onde obteve a titulação: | | Ano conclusão |

**SUPLENTE INTERNO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | CPF: | Departamento: |
| Titulação | Área de Concentração: | Instituição onde obteve a titulação: | Ano conclusão: | *E-mail* |

**SUPLENTE EXTERNO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | CPF: | | Identidade: | Instituição de Origem: |
| Endereço **(de embarque p/ viagem de carro)**  **NÃO É NECESSÁRIO SE A DEFESA FOR POR VIDEOCONFERÊNCIA** | | | | Telefones: | E-mail: |
| Titulação: | Área de Concentração: | | Instituição onde obteve a titulação: | | Ano conclusão: |

**OBSERVAÇÕES:**

1 – Composição das Bancas: **Qualificação / Defesa:** Mestrado: 3 docentes titulares – 2 docentes suplentes.

2 – Este formulário deverá ser enviado para a Secretaria do Programa (mestrado.profsaude@ufjf.edu.br) até **30 (trinta) dias antes da defesa**, para as devidas providências.

|  |  |
| --- | --- |
| **Linha de Pesquisa** | **Área de Concentração** |
| Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde | Saúde da Família |
| Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis | Saúde da Família |
| Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional | Saúde da Família |
| Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de saúde da família/atenção básica | Saúde da Família |
| Informação e saúde | Saúde da Família |
| Pesquisa Clínica: interesse da atenção básica | Saúde da Família |
| Vigilância em Saúde | Saúde da Família |