

**COMUNICAÇÃO DE ENTRADA EM PARECER PRÉVIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

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

Aluno(a): _____ Ano de Ingresso: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Orientador(a): _____

Segundo(a) orientador(a): _____

Terceiro(a) orientador(a): _____

Área de Concentração: _____

Título da Dissertação: _____

Data para devolução do parecer: ____/____/____

Parecer aprovado por CEP. CAAE N°: _____

CEP / ENSP

Outro CEP

O projeto não foi apreciado pelo CEP por não envolver, nos termos da Resolução CNS/MS nº 466/2012, seres humanos.

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

Prof(a) Dr(a). _____ / _____
(Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Prof(a) Dr(a). _____ / _____
(Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Prof(a) Dr(a). _____ / _____
(Orientador(a))

Prof(a) Dr(a). _____ / _____
(Suplente externo – Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Prof(a) Dr(a). _____ / _____
(Suplente interno – Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Observação:

Caso o membro externo não tenha participado anteriormente de nenhuma defesa na ENSP 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)

Observação:

As informações solicitadas são necessárias para preenchimento de Relatórios para Agências de Fomento.