

**COMUNICAÇÃO DE ENTRADA EM PARECER PRÉVIO  
MESTRADO ACADÊMICO 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 Epidemiologia em Saúde Pública e a ENSP)

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

(Suplente interno – Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

**-Continua-**

**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.**