

**COMUNICAÇÃO DE ENTRADA EM PARECER PRÉVIO**

**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**(Preencher o formulário eletronicamente)**

Aluno(a):       Ano de Ingresso:

Tel.:       E-mail:

Orientador(a):

Segundo(a) orientador(a):

Terceiro(a) orientador(a):

Área de concentração (do orientador):

Título da Tese:

Parecer aprovado por CEP. CAAE Nº:

[ ] 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.

Artigo/livro/capítulo de livro:

Título:

Momento da 1ª apresentação à banca: [ ] Qualificação [ ] Defesa

Situação atual: [ ] Formatado [ ] Submetido [ ] Aceito [ ] Publicado

**EXAMINADORES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome por extenso** | **Sigla da instituição de vínculo** |
| Prof(a) Dr(a). |       |       |
|  | (Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP - obrigatório) |
| Prof(a) Dr(a). |       |       |
|  | (Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP - obrigatório) |
| Prof(a) Dr(a). |       |       |
|  | (Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP – a critério do orientador) |
| Prof(a) Dr(a). |       |       |
|  | (Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP – a critério do orientador) |
| 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) |

**Observações:**

 **-Continua-**

**Atenção: Caso o membro externo não tenha participado anteriormente de nenhuma defesa na ENSP será necessário o preenchimento dos dados nos campos que seguem:**

**DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR EXTERNO**

[ ] Efetivo [ ] Suplente

Nome:

Tel.:       E-mail:

Endereço:

Nacionalidade:       Data de Nascimento:      /     /

Instituição onde concluiu o Doutorado:

Área:       Ano de Conclusão:

Instituição de vínculo:

RG:       CPF:

[ ] Efetivo [ ] Suplente

Nome:

Tel.:       E-mail:

Endereço:

Nacionalidade:       Data de Nascimento:      /     /

Instituição onde concluiu o Doutorado:

Área:       Ano de Conclusão:

Instituição de vínculo:

RG:       CPF:

[ ] Efetivo [ ] 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) |

Atualizado em 03/01/2022

 Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210

 Tel.: (0-XX-21) 2598-2702 E-mail: secadefesa@ensp.fiocruz.br -2-