



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## AGENDAMENTO DE DEFESA DO PROJETO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

(Preferencialmente, preencher o formulário eletronicamente)

Aluno(a):

Ano de Ingresso:

Tel. (DDD):

E-mail:

Orientador(a):

Segundo(a) orientador(a):

Terceiro(a) orientador(a):

Área de Concentração:

Data do Exame:

Horário:

Modalidade: Presencial

Híbrido

Remota

O segundo e/ou terceiro orientador participarão da Banca? SIM NÃO

Qual(is)?

Título do Projeto:

Haverá utilização de tecnologia da informação? SIM NÃO

Nome do(s) membro(s) que irá(ão) participar

Nome Completo 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 externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP – a critério do orientador)

Prof(a) Dr(a).

\_\_\_\_\_  
(Segundo(a) Orientador(a))

Prof(a) Dr(a).

\_\_\_\_\_  
(Orientador(a))

Observações:

-Continua-

**Atenção:**

1. A banca deverá ser composta de, no mínimo, três professores doutores, incluindo o orientador.
2. Todos os membros da banca, preencher, o nome completo e a sigla da instituição de vínculo atualizada.
3. Na comprovação de banca prévia é obrigatória a presença de no mínimo um membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP.
4. Caso o membro externo não tenha participado anteriormente de nenhuma defesa na ENSP será necessário cópia do Diploma de Doutorado e o preenchimento dos dados nos campos que seguem:

**CAMPO DESTINADO AOS 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