

**COMUNICAÇÃO DE ENTRADA EM PARECER PRÉVIO**

**MESTRADO ACADÊMICO 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.

**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 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)) |
| 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:**

**1) Caso haja Professor Colaborador ou Assistente do Orientador, indicar a seguir:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) A banca deverá ser composta de, no mínimo, três professores doutores, incluindo o orientador.**

**3) Na comprovação de banca prévia é obrigatória a presença de no mínimo um membro externo ao Programa de Epidemiologia em Saúde Púbica e a ENSP.**

**4) Todos os membros da banca, preencher, o nome completo e a sigla da instituição de vínculo atualizada.**

**5) Caso o membro externo não tenha participado anteriormente de nenhuma defesa na ENSP, será necessário o envio de uma cópia do seu diploma de doutorado e preenchimento dos dados nos campos que seguem abaixo:**

**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:

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](mailto:secadefesa@ensp.fiocruz.br) -2-