

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA MODALIDADE ACADÊMICO**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BANCA DE DEFESA**

Curso: <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	Turma:	
Nome do (a) Discente:		
Data de nascimento:		
Possui bolsa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual o órgão de fomento?		
Nome do(a) orientador(a): <input type="text"/>		
Nome do(a) coorientador(a):		
Título da Dissertação ou Tese:		
Quantidade de páginas:		
Formato da Dissertação ou Tese: <input type="text"/>		
Existe vinculação da Tese/Dissertação com algum projeto de pesquisa do(a) orientador(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual?		
A Dissertação ou Tese teve financiamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual o financiador (Programa de fomento)?		
Selecionar Área e Linha de Pesquisa do projeto:		
<b>Área de Concentração:</b>		
<input type="checkbox"/> Epidemiologia e Controle de agravos à Saúde		
→ <input type="text"/>		
<b>Área de Concentração:</b>		
<input type="checkbox"/> Políticas de Saúde		
→ <input type="text"/>		
<b>Área de Concentração:</b>		
<input type="checkbox"/> Saúde, Ambiente e Trabalho		
→ <input type="text"/>		
A defesa envolve registro de patente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Data da Defesa:	Horário:	Modalidade: <input type="checkbox"/> Remoto <input type="checkbox"/> Presencial



### Banca de defesa

Presidente da Banca (Orientador(a) ou Coorientador(a)):

Titular interno ou externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Titular interno ou externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Titular externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Titular externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Suplente interno ou externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

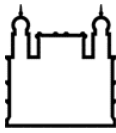
Inserir link do currículo *lattes*:

Suplente externo (quando externo ao PPGSP Acadêmico, é **OBRIGATÓRIO** informar todos os dados exigidos):

CPF:  
Instituição:  
Telefone:  
E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Observações:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Aggeu Magalhães

Nome do(a) Parecerista:

Resumo:

Palavras-chave:

Abstract:

Keyword:

**Obs: Para mais informações acessar o link do regulamento ou o link das orientações PGSPAcad.**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura eletrônica Discente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura eletrônica Orientador(a)**