

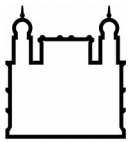
Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
Instituto Aggeu Magalhães

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA MODALIDADE PROFISSIONAL

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BANCA DE DEFESA

Curso: Mestrado Profissional	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:	<input type="text"/>	
Existe vinculação da Dissertação com algum projeto de pesquisa do(a) orientador(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual?		
A Dissertação 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: Área de Concentração: <b>Gestão em Saúde Pública</b>		
<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



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
Instituto Aggeu Magalhães

### Banca de defesa

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

Titular interno:

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

CPF:

Instituição:

Telefone:

E-mail:

Inserir link do currículo *lattes*:

Suplente interno:

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

CPF:

Instituição:

Telefone:

E-mail:

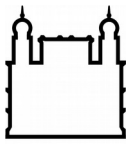
Inserir link do currículo *lattes*:

Observações:

Nome do(a) Parecerista:

Resumo:

Palavras-chave:



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
Instituto Aggeu Magalhães

Abstract:

Keyword:

Obs: Para mais informações acessar o link do regulamento do Programa ou o link das orientações PGSPProf.

Assinatura eletrônica Discente

Assinatura eletrônica Orientador(a)

**Parecer da Coordenação do Programa**  
(Campo exclusivo para preenchimento pela Coordenação do Programa)

Data:

Favorável  Desfavorável

Período concedido:

Assinatura da Coordenação do Programa