



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

**AGENDAMENTO DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**  
(preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Aluno (a): \_\_\_\_\_ Ano de Ingresso: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

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

Co-Orientador: \_\_\_\_\_

Título da Tese: \_\_\_\_\_

Data da Defesa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_

Formato: Tradicional  Livro  Coletânea de Artigos

Elementos: Introdução  Justificativa  Objetivos  Revisão da Literatura ou Marco Teórico  Método

Resultado e Discussão<sup>1</sup>  Mínimo 2 artigos<sup>2</sup>  Conclusão

Artigo: [ ] aceito [ ] publicado

Qual periódico? \_\_\_\_\_

Professores Doutores Examinadores (nomes por extenso e sigla da Instituição):

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Externo)

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Externo)

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Opcional: interno/ externo)

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Opcional: interno/ externo)

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(orientador (a))

Prof. (a) Dr. (a). \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(suplente externo)

1) somente exigido para formato tradicional e livro

2) somente exigido para formato coletânea de artigos

Observações: - Todos os membros da Banca devem ser portadores de título de Doutor.  
- O Co-orientador não é membro titular da banca.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Examinadores Externos:

Nome: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Passagem aérea: ( )NÃO ( )SIM (Preencher dados bancários)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Passagem aérea: ( )NÃO ( )SIM (Preencher dados bancários)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Passagem aérea: ( )NÃO ( )SIM (Preencher dados bancários)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Observação: As informações solicitadas acima são necessárias para preenchimento de Relatórios para Agências de Fomento.

Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22.250-020

Telefone: (21) 2554-1700 ramais 1832 e 1833 - Fax: (21) 2554-1833

E-mail: pgscom@iff.fiocruz.br / pgpascm@iff.fiocruz.br