Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

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

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE BANCA EXAMINADORA DE TCR

RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

(Preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Protocolo:
(Uso exclusivo Secadem)

A) IDENTIFICAÇÃO:

Residente: _____ Ano de Ingresso: _____

Programa de Residência:

☐ Enfermagem Obstétrica ☐ Enfermagem em BLH
☐ Enfermagem Neonatal ☐ Enfermagem em CIH
☐ Enfermagem Pediátrica ☐ Multiprofissional em Saúde da Criança Cronicamente Adoecida

Tel.: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Título do trabalho: _____

_____

_____

_____

B) DATA DA DEFESA:

1ª Opção: _____ / _____ / _____ Horário: _____

2ª Opção: _____ / _____ / _____ Horário: _____

Validação (Uso exclusivo da Secadem)

Opção:_____

Sala: _____

C) EXAMINADORES (Nomes completos, maior titulação acadêmica e sigla da instituição que pertence):

Item	NOME	TITULAÇÃO	INSTITUIÇÃO
1.			
2.			
3.			
4.			

LEGENDA:
(1) Orientador
(2) Co-orientador (opcional)
(3) Primeiro examinador (interno ou externo)
(4) Segundo examinador (interno ou externo)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do Orientador

----------Destaque aqui----------

Comprovante de Agendamento

Protocolo: (Uso exclusivo Secadem)	Residente:	Entregue em: (data/hora)	Validado em: (data/hora)

Informamos que foi realizado o agendamento da banca examinadora de defesa do TCR registrado nesse protocolo para o dia ____ / _____ / _____ às _____ h, na Sala _____ do Departamento de Ensino.

_____
Assinatura do funcionário da Secadem responsável pelo agendamento