



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA



PARECER DO REVISOR – MESTRADO/DOCTORADO

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

CANDIDATO (A): _____ ANO DE INGRESSO: _____

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO/TESE _____

NOME DO REVISOR (A): _____

SUGESTÕES E CRÍTICAS: _____

A DEFESA SERÁ APRESENTADA EM:

() Formato tradicional () Coletânea de artigos

QUANTO AO PADRÃO DE APRESENTAÇÃO: _____

AVALIAÇÃO:

() Aprovado para defesa

() Aprovado para defesa com correções

() Reapresentar no prazo de _____ dias

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Revisor (a)

