



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**

## TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito orientar o  
aluno(a) \_\_\_\_\_ e estou ciente  
dos prazos de conclusão para os cursos de Mestrado/Doutorado de  
24 e 48 meses respectivamente, estabelecidos pelo Regimento do  
Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto  
Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo  
Cruz. Comprometo a exercer minha orientação de modo a não  
ultrapassar esses limites para defesa, bem como, viabilizar a  
execução da dissertação/tese.

Rio de Janeiro, .....de.....de 20.....

Assinatura do orientador (a)

