



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília-DF CEP: 70910-900
Fone: (61) 3107-1956 e-mail: spgfsacad@unb.br

PROCEDIMENTOS PARA MARCAÇÃO DE DEFESA
DOUTORADO

Deverão ser entregues os seguintes documentos, em formato PDF gravados em CD (não haverá conferência do CD/DVD na entrega), devidamente identificado (nome, matrícula e program

,a) a Secretaria com **60 dias de antecedência da data proposta para a defesa;**

- ✓ **Formulário** de solicitação de marcação de banca, preenchido em **letra de forma**, e assinado pelo orientador (na ausência deste pode ser assinado pelo(a) coordenador do **PPG Ciências Saúde**, desde que os dois estejam de acordo);
- ✓ **Ato de Credenciamento** do(a) Orientador(a);
- ✓ **Manuscrito do artigo** submetido a uma revista indexada;
- ✓ **Comprovante de aceite ou publicação do artigo** enviado em revista indexada;
- ✓ **Currículo Lattes** dos membros externos à Universidade de Brasília;
- ✓ **Histórico Escolar** (atualizado, não serve o do matriculaweb).
- ✓ **FORPEN** (Secretaria de Pós-Graduação da FS/UnB);

IMPORTANTE:

- ✓ O preenchimento do campo CPF é obrigatório para TODOS os membros.
- ✓ O preenchimento do campo MATRÍCULA FUB é obrigatório para membros internos à UnB.
- ✓ O preenchimento do campo EMAIL é obrigatório para TODOS os membros.
- ✓ Para pedido de **passagem** para membro externo, deverá preencher solicitação.
- ✓ O agendamento do local é de responsabilidade do aluno/orientador.

RECIBO

Recebemos o CD/DVD com os documentos referentes à solicitação de marcação de banca examinadora da defesa de doutorado do (a) aluno (a) _____, matrícula: ____/_____, com data e horário previstos para ____/____/20__, às ____h__.

Brasília, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura/Matrícula



À Comissão de **Pós-Graduação em Ciências Saúde**

Assunto: Proposta de banca examinadora para defesa de **DOUTORADO**

Senhor Coordenador,

Solicitamos a Vossa Senhoria aprovar a marcação da data e composição da banca examinadora de defesa de tese do (a) aluno (a) _____, Matrícula ____/_____, deste Programa de Pós-Graduação em Ciências Saúde. Informamos que o (a) discente cumpriu todos os requisitos e créditos exigidos, vide histórico em anexo, conforme a Resolução do (a) Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão N° 0217/2016.

Título da tese:

“ _____

_____”

Data: ____/____/____, HORA _____, LOCAL:

Possui Bolsa **CAPES/DEMANDA SOCIAL**: Sim Não

BANCA EXAMINADORA:

Art. 34. § 4o A Comissão Examinadora será presidida pelo professor orientador, este sem direito a julgamento, e composta por três outros membros titulares e um suplente.

§ 5o Dentre os membros titulares, um deve ser vinculado ao Programa, e os demais, externos, sendo pelo menos um deles não vinculado à Universidade de Brasília.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde

Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília-DF CEP: 70910-900

Fone: (61) 3107-1956

e-mail: spgfsacad@unb.br

1º Membro (presidente): _____

Instituição de origem: _____ Matrícula na FUB (*): _____ CPF (**): _____

Email: _____;

2º Membro: _____

Instituição de origem: _____ Matrícula na FUB (*): _____ CPF (**): _____

Email: _____;

3º Membro: _____

Instituição de origem: _____ Matrícula na FUB (*): _____ CPF (**): _____

Email: _____;

4º Membro: _____

Instituição de origem: _____ Matrícula na FUB (*): _____ CPF (**): _____

Email: _____;

5º Membro (suplente): _____

Instituição de origem: _____ Matrícula na FUB (*): _____ CPF (**): _____

Email: _____;

Assinatura do (a) Orientador (a)

(*) Observação 1: preenchimento obrigatório apenas para Professores do quadro da UnB.

() Observação 2: preenchimento obrigatório para examinadores internos/externos com e sem vínculo com a FUB.**