



## 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) 3107-1753 E-mail: spgfsacad@unb.br

---

### PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA MARCAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

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 programa) a Secretaria com **30 dias de antecedência da data proposta para o exame**;

- ✓ **Formulário** de solicitação de marcação de exame de qualificação, preenchido em **letra de forma**, e assinado pelo orientador (na ausência deste pode ser assinado pelo(a) coordenador do **PPG em Ciências Farmacêuticas**, desde que os dois estejam de acordo).
- ✓ E de responsabilidade do Professor Orientador entrar em contato com os potenciais membros da banca para verificar a disponibilidade de sua participação;
- ✓ **Histórico Escolar** (atualizado, não serve o do matriculaweb).
- ✓ Os exemplares do Projeto para o exame de qualificação deverão ser entregues aos examinadores com **antecedência mínima de 30 dias da data do exame**.

---

### RECIBO

Recebemos o CD/DVD com os documentos referentes à solicitação de marcação de banca examinadora de qualificação de doutorado do (a) aluno (a) \_\_\_\_\_, matrícula: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, com data e horário previstos para \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_, às \_\_\_\_h\_\_\_\_.

Brasília, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

---

Assinatura do servidor



**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) 3107-1753 E-mail: spgfsacad@unb.br

---

À Comissão de **Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**,

**Assunto:** Proposta de banca examinadora para **Exame de Qualificação** de doutorado.

Senhor Coordenador,

Solicitamos a Vossa Senhoria aprovar o exame de qualificação do (a) aluno (a) \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_/\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Informamos que o (a) discente cumpriu todos os requisitos e créditos exigidos, vide histórico escolar em anexo, conforme o Regulamento do Programa.

**Título da pesquisa:**

“  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, HORA \_\_\_\_\_, LOCAL: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

A banca examinadora deverá ser composta pelo professor orientador, que a presidirá, por 03 (três) professores doutores.

1º Membro (presidente): \_\_\_\_\_;  
Email: \_\_\_\_\_;

2º Membro: \_\_\_\_\_;  
Email: \_\_\_\_\_;

3º Membro: \_\_\_\_\_;  
Email: \_\_\_\_\_;

4º Membro (suplente): \_\_\_\_\_;  
Email: \_\_\_\_\_;

---

**Assinatura do (a) Orientador (a)**