



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

MESTRADO

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 **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 Bioética**, desde que os dois estejam de acordo);
- ✓ **Ato de Credenciamento** do(a) Orientador(a);
- ✓ **Manuscrito do artigo** submetido a uma revista indexada;
- ✓ **Comprovante de submissão do artigo** enviado a uma revista;
- ✓ Comprovante de aprovação do **comitê de ética** (quando for o caso);
- ✓ **Currículo Lattes** dos membros externos à Universidade de Brasília;
- ✓ **Histórico Escolar** (atualizado, não serve o do matriculaweb – via email spgfsdoc@unb.br);
- e
- ✓ **FORPEN** (Secretaria de Pós-Graduação da FS/UnB via email spgfsdoc@unb.br).

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.
- ✓ **Os exemplares deverão ser entregues aos examinadores com antecedência mínima de 30 dias da data da defesa**, observando que a Secretaria não se responsabiliza por essa etapa.

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____ de Brasília, de _____ de 20__.

Assinatura do servidor

(*) **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.**



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

À Comissão de **Pós-Graduação em Bioética**.

Assunto: Proposta de banca examinadora para defesa de dissertação de **MESTRADO**.

Senhor(a) Coordenador(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria aprovar a marcação da data e composição da banca examinadora de defesa de dissertação do (a) aluno (a) _____, matrícula ____/____, deste Programa de Pós-Graduação em Bioética. 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 Nº 080/2017.

Título da dissertação:

“

_____”

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

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

BANCA EXAMINADORA:

Art 33. § 4º A Comissão Examinadora será presidida pelo professor orientador, este sem direito a julgamento, e composta por dois outros membros titulares, sendo pelo menos um deles não vinculado ao Programa, e por um suplente, e será aprovada pela Comissão do Programa de Pós-Graduação.

1º Membro (presidente): _____

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

Email: _____;

(*) Observação1: preenchimento obrigatório apenas para Professores do quadro da UnB.

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



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

2º Membro: _____

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

Email: _____ ;

3º Membro: _____

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

Email: _____ ;

4º 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.