



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR)

UnB - Campus Ceilândia – Centro Metropolitano - Conjunto A - Lote 01. CEP 72220-900 - Brasília/DF.

Fone: (61) 3107-8421 - Fax: (61) 3376-0252 - e-mail: ppgcr@unb.br

## PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA MARCAÇÃO DE EXAME DE PROJETO DE MESTRADO

1. Preencher o formulário de solicitação de marcação de banca (modelo anexo) e entregar na Secretaria com **30 dias de antecedência da data proposta para o exame**, conforme Artigo 2º § 4º da Resolução n. 04/2016 do PPGCR, que trata do Exame de Projeto de Mestrado;
2. A banca examinadora deverá ser composta pelo Orientador; 2 (dois) Membros Titulares e 1 (um) suplente, todos portadores do título de doutor;
3. Anexar histórico escolar atualizado (fornecido pela Secretaria);
4. Os exemplares do exame de qualificação deverão ser entregues aos examinadores com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do exame, em versão impressa ou digital, sob responsabilidade do discente e seu orientador;
5. Não forneceremos computador, *notebook*, *pendrives*, ou outros equipamentos.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR)

## RECIBO

Recebemos os documentos referentes à proposta de banca examinadora do exame de projeto de mestrado do(a) discente \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_/\_\_\_\_, com data e horário previstos para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Matrícula



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR)

UnB - Campus Ceilândia – Centro Metropolitano - Conjunto A - Lote 01. CEP 72220-900 - Brasília/DF.

Fone: (61) 3107-8421 - Fax: (61) 3376-0252 - e-mail: ppgcr@unb.br

---

Brasília,     /     /     .

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação,

**Assunto:** Proposta de banca examinadora do Projeto de Mestrado.

Prezado Sr(a) Coordenador(a),

Solicito a Vossa Senhoria autorizar a marcação da defesa de exame de projeto de mestrado do(a) discente \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação, informando que o(a) mesmo cumpriu todos os requisitos e créditos exigidos, vide Histórico Escolar em anexo, conforme a Resolução n. 04/2016 do PPG-CR.

Título do Projeto de Mestrado:

“

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_”

1º Membro (presidente): \_\_\_\_\_

2º Membro: \_\_\_\_\_

3º Membro: \_\_\_\_\_

4º Membro (suplente): \_\_\_\_\_

Data:     /     /

Hora:

Local: FCE.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)