



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CAMPUS ARARANGUÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

## REQUERIMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, orientador(a) do  
mestrando(a) \_\_\_\_\_, declaro que  
ele(a) está apto(a) a realizar sua qualificação do projeto que possui o seguinte título:

\_\_\_\_\_ e informo que a mesma está prevista para ser apresentada às \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_\_  
no(a) \_\_\_\_\_.

A Comissão Examinadora e será composta pelos seguintes membros:

- Membro interno: \_\_\_\_\_
- Membro externo: \_\_\_\_\_
- Suplente do membro interno: \_\_\_\_\_
- Suplente do membro externo: \_\_\_\_\_

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Araranguá, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador  
<https://assina.ufsc.br>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coorientador  
<https://assina.ufsc.br>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno  
<https://assina.ufsc.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CAMPUS ARARANGUÁ**  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

**DADOS DA BANCA – MEMBRO EXTERNO**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Doutorado ( ) Mestrado

Área de pesquisa: \_\_\_\_\_

Instituição de origem: \_\_\_\_\_

**Se houver outro membro externo, mesmo que suplente, favor também incluir seus dados aqui.**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Doutorado ( ) Mestrado

Área de pesquisa: \_\_\_\_\_

Instituição de origem: \_\_\_\_\_