



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS



Av. Governador Lindemberg, 316, Jerônimo Monteiro – ES, CEP 29.550-000
Telefone/Fax: (28) 3558-2528 E-mail: cienciasflorestais@cca.ufes.br

NORMAS PARA EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Estabelece os procedimentos relativos à defesa do exame de qualificação, a serem desenvolvidos pelos discentes de doutorado do curso de Pós-Graduação em Ciências Florestais.

Artigo 1º. Todo discente de doutorado deverá submeter-se ao Exame de Qualificação. Para tal, o discente deve obrigatoriamente matricular-se na atividade Exame de Qualificação.

Artigo 2º. Somente poderá prestar o Exame de Qualificação o discente que tiver cumprido os créditos previstos em seu Plano de Estudo e contar com aprovação na defesa do seu Projeto de Tese de Doutorado.

Artigo 3º. A defesa do Exame de Qualificação deverá ser realizada até o fim do 30º mês da matrícula do discente no PGCF, sendo que o não cumprimento deste prazo acarretará em reprovação na Atividade Exame de Qualificação.

Artigo 4º. O requerimento do exame de qualificação (Anexo 1), preenchido e assinado pelo discente e seu orientador, deverá ser encaminhado ao Colegiado Acadêmico do PGCF, para apreciação e aprovação da Banca Examinadora.

Artigo 5º. O presidente da Banca Examinadora deverá ser obrigatoriamente, o Orientador do discente, e seus membros, propostos pelo Orientador. A Banca Examinadora deverá ser constituída de quatro ou cinco membros, portadores do título de doutor.

Artigo 6º. O exame de qualificação consistirá em uma prova escrita elaborada pelos membros da Banca Examinadora, versando sobre o assunto da linha de pesquisa e do Projeto de Tese de Doutorado defendido pelo discente. A prova escrita deverá ser realizada no prazo de 45 dias, devendo ser submetida à defesa perante a Banca Examinadora. Todas as provas escritas deverão ser entregues a todos os membros da banca 15 dias antes da defesa.

§ 1º No dia e horário estabelecidos para a defesa, cada examinador poderá questionar o discente durante um período máximo de 30 minutos, o qual pode ser dividido em duas ou mais etapas, a critério do presidente da banca.

§ 2º Após a defesa do Exame de Qualificação, a Banca Examinadora julgará o mérito do mesmo. A avaliação deverá ser efetuada por meio dos seguintes conceitos: SATISFATÓRIO - (S) ou NÃO SATISFATÓRIO - (NS), sem o valor numérico equivalente.

§ 3º Em caso de reprovação, o discente poderá requerer novo Exame de Qualificação, até o 33º mês.

§ 4º Em caso de nova reprovação, o discente será desligado do PGCF.

Artigo 7º. Os casos omissos deverão ser analisados e decididos pelo Colegiado do PGCF.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS



Av. Governador Lindemberg, 316, Jerônimo Monteiro – ES, CEP 29.550-000
Telefone/Fax: (28) 3558-2528 E-mail: cienciasflorestais@cca.ufes.br

ANEXO 1

REQUERIMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Dados Pessoais:

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone fixo: () _____ Celular: () _____
RG: _____ CPF: _____
E-mail: _____

Reserva de Material

Data solicitada para o exame:

- () Projetor Multimídia
- () Laptop
- () Retroprojektor

Horário:

DADOS DA BANCA

Orientador:

Instituição: _____ Departamento: _____

PROGRAMA () EXTERNO ()

Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____

PROGRAMA () EXTERNO ()

Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____

PROGRAMA () EXTERNO ()

Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____

PROGRAMA () EXTERNO ()

Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: () _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS



Av. Governador Lindemberg, 316, Jerônimo Monteiro – ES, CEP 29.550-000
Telefone/Fax: (28) 3558-2528 E-mail: cienciasflorestais@cca.ufes.br

PROGRAMA () EXTERNO ()

Instituição: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: () _____

Jerônimo Monteiro, ES, de

de

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Discente

Visto da Secretaria: