



Comunicado aos Aprovados no Processo Seletivo do Programa de
Pós-Graduação em **Enfermagem**

EDITAL Nº 001/2026 – INGRESSO 2º/2026

Prezados(as) Aprovados(as),

Informamos que a confirmação de ingresso no Programa de Pós-Graduação em **Enfermagem**, mestrado acadêmico e doutorado, ocorrerá até o dia **23/06/2026**, **exclusivamente**, por e-mail (spgfsacad@unb.br).

Os documentos abaixo relacionados, deverão ser organizados em arquivo **ÚNICO no formato PDF** e **nesta ordem**:

1. Formulário de confirmação de ingresso;
2. Diploma de curso superior (frente e verso);
* Graduação (para ingresso no mestrado) ou Mestrado (para ingresso no doutorado)
3. Histórico escolar;
* Graduação (para ingresso no mestrado) ou Mestrado (para ingresso no doutorado)
4. Carteira de identidade/CNH (frente e verso);
5. CPF;
6. Título de eleitor com comprovantes da última votação ou declaração de quitação eleitoral;
7. Certificado de reservista;
8. Currículo Lattes;
9. Comprovante original de pagamento de taxa de inscrição;

TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM SER ENCAMINHADOS EM DOCUMENTO ÚNICO E FORMATO PDF para o e-mail - spgfsa-cad@unb.br



Confirmação de Ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Eu, _____,
CPF nº _____, candidato de inscrição nº _____,
selecionado pelos Edital nº 001/2026, às vagas
do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para o SEGUNDO período letivo de
2026, confirmo meu ingresso para o nível () mestrado acadêmico ou () doutorado.

Informo estar ciente dos dispositivos que norteiam o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Declaro que toda documentação que apresentarei no ato da inscrição encontra-se em conformidade com as normas do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília.

Brasília, _____ de junho de 2026.

Assinatura do (a) Candidato (a)

Senhor(a) candidato(a), em atendimento ao Ofício Circular nº1/2017-CGAP/DAV/CAPES e à Portaria Normativa MEC Nº 13, de 11 de maio de 2016, que trata da indução de Ações Afirmativas na Pós-Graduação, favor preencher os campos abaixo:

Raça/Cor

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena
- ☐ Não declarado

Pessoa com deficiência

- ☐ Sim
- ☐ Não