



Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Secretaria de Pós-Graduação

Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-9000 – Brasília, DF - Tel.: (61) 3107 1916

Carta de Aceitação

Eu, Professor (a). _____

_Aceito o(a) candidato(a) a aluno (a) especial _____

_____, CPF: _____, para cursar a
disciplina _____,

código _____, turma _____, sob minha responsabilidade.

Brasília, de de 2026

Assinatura do (a) Professor (a) / Matrícula