



Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO, TECNOLOGIA
E INOVAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO/DEFESA

Eu, _____, RA _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de **Mestrado Profissional** do Programa de Pós-Graduação em Gestão, Tecnologia e Inovação em Urgência e Emergência da Universidade Estadual de Maringá, venho requerer, junto ao Conselho do Programa, o agendamento da **Qualificação/Defesa discriminada abaixo**:

() EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO.

Para tal, confirmo que:

- 1) Integralizei os créditos exigidos pelo Programa.
- 2) Apresentei comprovante de aprovação no Exame de Proficiência em Língua Estrangeira (Inglês).

() DISSERTAÇÃO - MESTRADO PROFISSIONAL.

Para tal, confirmo que:

- 1) Integralizei os créditos exigidos pelo Programa.
- 2) Submeti um artigo em Periódico Qualificado, conforme Art. 35º do Regulamento do Programa (**Anexar comprovante**).

Nestes termos, peço deferimento.

Maringá, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Pós-graduando(a)

Assinatura do(a) Orientador(a)

Data da Defesa: _____ / _____ / 20____

Horário: _____ h _____ min

() Presencial () Remota

Local: _____

TÍTULO DO TRABALHO: _____

BANCA EXAMINADORA	Nome completo (sem abreviações)	IES/DEPTº
1) Presidente (Orientador(a))		UEM/PROFURG
2) Membro Titular 1*		
3) Membro Titular 2 Externo (de outro Programa/Instituição)		
4) Membro Suplente		
5) Membro Suplente Externo (de outro Programa/Instituição)		

*O **Membro Titular 1*** pode ser do PROFURG ou externo. Se for externo, é obrigatório informar o CPF: _____

DADOS DOS MEMBROS EXTERNOS

TITULAR EXTERNO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome Completo:	
Instituição/Departamento:	
CPF:	E-mail:

SUPLENTE EXTERNO

Nome Completo:	
Instituição/Departamento:	
CPF:	E-mail: