



*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 (20 créditos em disciplinas: 10 obrigatórios e 10 eletivos).
- 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 (22 créditos: 10 obrigatórios, 10 eletivos e 2-Participação em 2 Simpósios).
- 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: