



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - PPGSTEH  
Mestrado Profissional

## REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO

**Aluno(a):**

**Matrícula e/ou CPF:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**Ano e semestre de ingresso no curso:**

1) Realizou o exame de qualificação?

( ) Sim. Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dia/mês/ano)

( ) Não. Previsão de realização do exame de qualificação: \_\_\_/\_\_\_ (mês/ano)

2) Previsão de defesa de produto: \_\_\_/\_\_\_ (mês/ano)

3) Solicitação (exposição de motivos para a solicitação):

Data:

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_

Ciência e de acordo do Professor(a) orientador(a): \_\_\_\_\_