 **UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**

**SOLICITAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

 **CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO**

 **DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA, ESTATÍSTICA E INFORMÁTICA**

 **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE MATEMÁTICA**

 **MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO DE MATEMÁTICA**

Solicito à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Matemática (PPGEM) que sejam tomadas as providências necessárias para a realização da Defesa de Dissertação do(a) aluno(a), **xxxxxxxxx** com o trabalho intitulado **“xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx”**, vinculado a Linha de Pesquisa **Metodologia do Ensino de Matemática no xxxxxxxxxx**

Data prevista: Hora: Local:

|  |
| --- |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| **Orientador**: |
| Titulação:  | IES de Obtenção do Título:  | Ano:  |
| Área de Conhecimento:  | País da Titulação: Brasil |
| Instituição onde Trabalha:  |
| CPF: 000.000.000-00 | RG:  | Órgão Emissor:  | UF |  | País do Documento:  |
| Nacionalidade:  | Sexo:  |  | Feminino |  | Data de Nascimento:  |
| Endereço:  |
| Complemento:  | Bairro:  | CEP:  |
| Cidade /UF:  | Telefones:  | E-mail:  |
| **Membro Interno**:  |
| Titulação:  | IES de Obtenção do Título:  | Ano:  |
| Área de Conhecimento:  | País da Titulação:  |
| Instituição onde Trabalha:  |
| CPF: 136.164.802-30 | RG:  | Órgão Emissor:  | UF |  | País do Documento:  |
| Nacionalidade:  | Sexo: Masculino |  | Feminino |  | Data de Nascimento: |
| Endereço:  |
| Complemento:  | Bairro:  | CEP:  |
| Cidade /UF:  | Telefones:  | E-mail:  |
| **Membro Externo**:  |
| Titulação:  | IES de Obtenção do Título: | Ano:  |
| Área de Conhecimento:  | País da Titulação:  |
| Instituição onde Trabalha:  |
| CPF:  | RG:  | Órgão Emissor:  | UF |  | País do Documento: |
| Nacionalidade:  | Sexo: Masculino |  | Feminino |  | Data de Nascimento:  |
| Endereço:  |
| Complemento:  | Bairro:  | CEP:  |
| Cidade /UF:  | Telefones:  | E-mail:  |
| **Membro Suplente**: |
| Titulação: | IES de Obtenção do Título: | Ano: |
| Área de Conhecimento: | País da Títulação: |
| Instituição onde Trabalha: |
| CPF: | RG: | Órgão Emissor: | UF |  | País do Documento: |
| Nacionalidade | Sexo: Masculino |  | Feminino |  | Data de Nascimento: |
| Endereço: |
| Complemento: | Bairro: | CEP: |
| Cidade /UF: | Telefones: | E-mail: |

Belém, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Aprovado pelo Colegiado do PMPEM: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador Coordenador do PMPEM