



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE ANIMAL  
(PPGCSA)

FORMULÁRIO DE BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE TESE

Senhor (a) Coordenador (a),

Encaminhamos a este Colegiado o trabalho de **Tese** intitulado \_\_\_\_\_ com o qual o(a) Pós-Graduando(a) \_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) neste programa sob minha orientação, candidata-se à obtenção do título de **Doutor** em Ciência e Saúde Animal. Dessa forma, sugerimos os membros abaixo relacionados para constituição da Banca Examinadora, que **foram previamente contatados e estão em concordância de que a arguição seja realizada no dia**\_\_\_\_, **às** \_\_\_\_\_ horas, no \_\_\_\_\_ (indicar local).

**Presidente (Orientador ou Co-orientador)**

|                                                  |        |                  |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        | CPF:             |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |

**1º Membro Titular Interno ou Externo**

|                                                  |        |                  |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        | CPF:             |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |

**2º Membro Titular Interno ou Externo**

|                                                  |        |                  |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        | CPF:             |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |

**1º Membro Titular Externo**

|                         |        |                  |
|-------------------------|--------|------------------|
| Nome: Prof (a). Dr (a). |        | CPF:             |
| Instituição:            | Cargo: | Área de atuação: |
| E-mail:                 |        | Telefone:        |

|                                             |                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Data de aprovação pelo Colegiado do PPGCSA: | Assinatura do Coordenador (a) do PPGCSA: |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE ANIMAL  
(PPGCSA)**

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |
|--------------------------------------------------|

| <b>2º Membro Titular Externo</b>                 |        |                  |      |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        |                  | CPF: |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |      |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |      |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |      |

| <b>1º Suplente Externo</b>                       |        |                  |      |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        |                  | CPF: |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |      |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |      |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |      |

| <b>2º Suplente Externo</b>                       |        |                  |      |
|--------------------------------------------------|--------|------------------|------|
| Nome: Prof (a). Dr (a).                          |        |                  | CPF: |
| Instituição:                                     | Cargo: | Área de atuação: |      |
| E-mail:                                          |        | Telefone:        |      |
| Endereço para envio do trabalho de Qualificação: |        |                  |      |

Cordialmente,

\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador

|                                             |                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Data de aprovação pelo Colegiado do PPGCSA: | Assinatura do Coordenador (a) do PPGCSA: |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|