

Data de aprovação pelo Colegiado do PPGCSA:

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) Coordenado	or (a),							
Encaminhamos	а	este	Colegiado	0	trabalho	de	Tese	intitulado com
o qual o(a) Pós-Grac programa sob minha o Dessa forma, sugerimo previamente contatao horas, no	orientação es os men dos e es	o, candida nbros aba s tão em	ixo relacionad concordânc i	los para	título de Do i a constituição d que a arguiçã	u tor em Ci da Banca E	ência e Sa xaminadora	do(a) neste úde Animal. , que foram
		Preside	ente (Orienta	dor ou	Co-orientado	.)		
Nome: Prof (a). Dr (a).					CPF:			
Instituição:	Cargo:	Cargo: Área d			Área de atuaçã	atuação:		
E-mail:			Telefone:					
Endereço para envio do	trabalho d	le Qualifica	ação:					
		40 84	andra Titulan	lusts ma	F			
N 5 (() 5 ()		1° IVI 6	embro Titular	intern	o ou Externo	0.05		
Nome: Prof (a). Dr (a).					CPF:			
Instituição:	Cargo:				Área de atuação:			
E-mail:	E-mail: Telefone:							
Endereço para envio do	trabalho d	le Qualifica	ação:					
		2º Me	embro Titular	Intern	o ou Externo			
Nome: Prof (a). Dr (a).						CPF:		
Instituição:	Cargo:	Cargo:			Área de atuação:			
E-mail:				Telefon	efone:			
Endereço para envio do	trabalho d	le Qualifica	ıção:					
			40 Manakas T	"4la. F				
N 5 (() 5 ()			1º Membro T	itular E	externo	0.05		
Nome: Prof (a). Dr (a).	Τ.					CPF:		
Instituição:	Cargo:			Área de atuação:				
E-mail:				Telefon	lefone:			

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:							
	2º Membro	Titular [Extorno					
	Z° Wellibro	Titular I	Externo					
Nome: Prof (a). Dr (a).	ı		CPF:					
Instituição:	Cargo:		Área de atuação:					
E-mail:		Telefone:						
Endereço para envio do	trabalho de Qualificação:							
1º Suplente Externo								
Nome: Prof (a). Dr (a).				CPF:				
Instituição:	Cargo:		Área de atuação:					
E-mail:			Telefone:					
Endereço para envio do	trabalho de Qualificação:	-						
	2º Suple	nte Exte	erno					
Nome: Prof (a). Dr (a).				CPF:				
Instituição:	Cargo:		Área de atuaça	ão:				
E-mail:			Telefone:					
Endereço para envio do	trabalho de Qualificação:	-						
Cordialmente,								
	A i t	do Ori-	oto do v					
Assinatura do Orientador								