



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS E ENGENHARIAS - CCAE**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS VETERINÁRIAS**



Reconhecido pelo MEC, Portaria 087/2008, de 18/01/2008

Alto Universitário s/n – Caixa Postal 16 – CEP 29500-000 – Alegre – ES  
Telefone: (28) 3552.8983 – E-mail: [cienciasveterinariasufes@gmail.com](mailto:cienciasveterinariasufes@gmail.com)

Ao

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias - PPGCV

Tendo o (a) pós-graduando(a)....., matriculado(a), sob o nº ..... no Programa de Pós-Graduação em **Ciências Veterinárias**, satisfeito todas as exigências legais relativas à integralização dos créditos em disciplinas e demais atividades pertinentes, vimos solicitar a realização do exame de Qualificação do(a) aluno(a) sob orientação do(a) Prof(a).....cujo projeto intitula-se:

---

---

---

---

Indicamos a data, período da realização do exame e a seguinte Comissão Examinadora:

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Horário:**

**Membros Titulares:**

Nome*	CPF	Assinatura

**Membro Suplente**

--	--	--

**OBS:**

- \* A ciência do professor indica também a confirmação da entrega do exemplar no modelo de qualificação disponível no site do PPGCV.
- \* Caso seja convidado algum membro para fazer parte da banca e ele for de outra instituição e o mesmo não tiver como assinar o formulário o Orientador responsável assina por ele.

Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)