**Comprovante de aceite de coorientação**

Eu, professor(a) Dr.(a) xxxxxxxxxxxxxx, aceito ser coorientador da discente xxxxxxxxxxxxxxxx, do curso de Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental.

Rio Branco, AC, xx de xxxxxxxxxxx de 2024.

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

Coorientador(a)

Obs. Usar assinatura eletrônica do Sei/Ufac ou Gov.br