**TERMO DE COMPROMISSO DE CO-ORIENTAÇÃO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a co-orientar o(a) aluno(a) (escrever nome do aluno e matrícula) regular do curso de (escrever nome do curso) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPCSA) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e estou ciente dos procedimentos e normas constantes no Regulamento do PPCSA.

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

CO- ORIENTADOR

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

ORIENTADOR

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

ALUNO

|  |
| --- |
| **DADOS DO CO-ORIENTADOR** |
| Nome: |
| CPF: |
| Endereço: Cep: |
| Instituição Origem: |
| Titulação:  |
| Ano:. |
| Área da Titulação: |
| Instituição da Titulação:  |
| Telefone: email: |

\*Documento sem nome do aluno, matrícula, curso e assinaturas digitais não serão aceitos\*