**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que a discente (NOME DO DISCENTE), regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, em nível de (INFORMAR NÍVEL: MESTRADO OU DOUTORADO), matrícula n° (N° DA MATRÍCULA), está participando como coorientador (a) do (a) aluno (a) (NOME DO DISCENTE DA GRADUAÇÃO), no Programa de Iniciação Científica, com a pesquisa intitulada (TÍTULO DA PESQUISA), tendo início em \_\_\_\_\_\_\_\_ e conclusão em \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atenciosamente,

Fortaleza-CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

Assinatura e Nome do Orientador

Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidade Federal do Ceará