



Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

DECLARAÇÃO

Eu, Prof.(a) _____ orientador(a) do(a)
discente _____ declaro, para os
devidos fins, que foi incorporado à versão final do(a) _____, as sugestões da
Banca Examinadora, consideradas pertinentes pelo Orientador.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)