



Universidade Federal Fluminense  
Faculdade de Veterinária  
Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária  
Clínica e Reprodução Animal

ACEITE DO COORIENTADOR(A)

*Ilm<sup>o</sup> Senhor Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Clínica e Reprodução Animal*

CLÍNICA E REPRODUÇÃO ANIMAL: MESTRADO ( ) DOUTORADO ( )

\_\_\_\_\_, Professor (a) Dr. (a)  
credenciado (a) pelo curso supra citado, declaro aceitar ser coorientador (a) do  
candidato \_\_\_\_\_

Caso o mesmo consiga aprovação na prova de seleção a qual será submetido.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura