

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**DECLARAÇÃO**

Eu, xxxxxxxx, orientadora da aluna xxxxxxxx, estou ciente e de acordo com a troca de orientação da referida orientada da disciplina de TCC x com nova orientação pela professora xxxxxxxx.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura Assinatura 

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Av. Marechal Campos, 1468, | Campus Universitário Thomaz Tommasi

Maruipe, Vitória, ES | CEP 29040-090 | Telefone: (27) 3335-7229 | e-mail: odontologia@ufes.br