À Coordenação do

**Programa de Pós-Graduação em Assistência e Avaliação em Saúde**

**Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás**

**CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, <NOME DO ORIENTADOR>, professor(a) orientador(a) do Mestrado em Assistência e Avaliação em Saúde da Faculdade de Farmácia da UFG, comprometo-me a orientar (o)a candidato(a) <NOME DO CANDIDATO>, no caso de sua aprovação no Processo Seletivo do Mestrado para o ano de 20\_\_ e conforme disponibilidade de vagas.

Linha de pesquisa:

(  ) Assistência ao Paciente e Avaliação de Tecnologias Aplicadas à Saúde

( ) Avaliação, Validação e Desenvolvimento de Produtos e Tecnologias aplicados à Saúde.

Área de Atuação: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Goiânia-GO, <DATA>

Assinatura do Orientador