**TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO DE TCC**

Eu, Prof. (a) ......................................................................................................., **MÉDICO ESPECIALISTA** em ......................................................................, **TITULAÇÃO**: ...............................................................................................................................................aceito orientar o/a médico (a) residente abaixo identificado a agir segundo as normas estabelecidas pela Comissão de Residência Médica -COREME/FHAJ para orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

**MÉDICO RESIDENTE:**

**PROGRAMA:**

***NA MODALIDADE DE:***

Monografia ( )

Relato de Caso ( )

Publicação Revista Indexada ( )

Capitulo de Livro ( )

**TEMA DO TRABALHO:** .

Manaus,

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prof. Orientador**  (assinatura e carimbo) | **Supervisor do PRM**  (assinatura e carimbo) | **Residente**  (assinatura e carimbo) |
|  |  |  |