

a) Nome do legível do Coordenador da COREME da Instituição Solicitante

(assinatura e carimbo do solicitante)

b) Nome legível do Coordenador do Programa de Residência:

(assinatura e carimbo do solicitante)

c) Nome Legível do (a) Residente:

(assinatura e carimbo do Residente)

Data: ___/___/___

VI - Pela Instituição que receberá o (a) Residente

a) Nome legível do Coordenador da COREME da Instituição Hospitalar que receberá o (a) Residente

(assinatura e carimbo do solicitante)

b) Nome legível do Coordenador do Programa ou Responsável pelo Módulo (Preceptor):

(assinatura e carimbo do Residente)

c) Concordância da Comissão Municipal de Residências da Secretaria Municipal da Saúde.

(assinatura e carimbo do Presidente)

Data: ___/___/___