

**V. Da Instituição Solicitante.**

a) Nome legível do Coordenador do 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 da Unidade não Hospitalar da SMS

\_\_\_\_\_

b) Nome legível do Responsável pela Instituição do Módulo de Cenário de Prática:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do responsável)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do Presidente)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_