



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR/COORIENTADOR DE TCR**

Eu \_\_\_\_\_

declaro para os devidos fins, estar de acordo com a \_\_\_\_\_ Orientação \_\_\_\_\_ Coorientação  
do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência \_\_\_\_\_

do(a) residente \_\_\_\_\_

O título provisório do deste trabalho será \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Coorientador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Residente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa