

Termo de Anuência de Relatório de Atividades

Eu, (nome completo) _____, preceptor de campo do (serviço) _____, estou de acordo com o relatório de atividades do (mês) _____ apresentado pelo residente (nome) _____, (profissão) _____, pertencente ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Uruguiana, ____ de _____ de 201_.

Assinatura preceptor
Carimbo

Assinatura residente
Carimbo