

ANEXO 2

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA (TCR)

<input type="checkbox"/> Atenção Básica / Saúde da Família		<input type="checkbox"/> Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos	
1 – RESIDENTE:			
NOME: _____		TELEFONE Nº _____	
2 – TIPO E TÍTULO DO TRABALHO:			
TIPO: <input type="checkbox"/> REVISÃO DE LITERATURA <input type="checkbox"/> TRABALHOS ORIGINAIS <input type="checkbox"/> SÉRIE DE CASOS			
TÍTULO: _____			

3 – ORIENTADOR (A):			
NOME: _____		EMAIL: _____	
4 – CO-ORIENTADOR (A):			
NOME: _____		EMAIL: _____	

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS ENVOLVIDOS PELO TCR

RESIDENTE:	
ORIENTADOR(A):	CO-ORIENTADOR (A):

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO (anexo 2)

Título: _____

Residente: _____ Orientador: _____

Data de Recebimento: ____ / ____ / ____

Funcionário do Setor da Residência