DECLARAÇÃO

Declaro que_____, portador (a) do CPF_____, médico (a) residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, cumpriu todas as atividades propostas no cronograma do Programa no mês de_____.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES NO CAMPO DE PRÁTICA
Ocorreu algum evento crítico? Detalhe.
A preceptoria ocorreu toda semana?
Observação:

São João del-Rei,_____de_____de 2018.

_____
Assinatura do Residente
PRM-MFC

_____
Assinatura do Preceptor
PRM-MFC