****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

***CAMPUS* PASSO FUNDO**

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA MÉDICOS ESTRANGEIROS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO**

**TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA (TCR)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientador do trabalho intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro ter conferido as correções realizadas na versão final do trabalho, conforme sugestão da Banca Avaliativa. Declaro também que estou ciente do conteúdo que compõe a versão final do TCR do(a) médico(a) estrangeiro(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

|  |
| --- |
|  |
| Assinatura do Orientador |