**DOCUMENTOS PARA ELABORAÇÃO DO TCRM**

**Termo de aceite do professor orientador de TCRM**

Eu (nome completo do orientador), declaro para os devidos fins, que concordo e aceito orientar o Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa de Residência em: (nome do Programa de Residência) do (a) residente (nome completo do(a) residente).

O título provisório do deste trabalho é:

E-mail de contato do orientador:

Uberlândia, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Residente

**Termo de aceite do professor coorientador de TCR**

Eu (nome completo do coorientador), declaro para os devidos fins, que concordo e aceito orientar o Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa de Residência em: (nome do Programa de Residência) do (a) residente (nome completo do(a) residente).

O título provisório do deste trabalho é:

E-mail de contato do coorientador:

Uberlândia, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do coorientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Residente

**Ficha de Registro de Orientação de TCRM\***

Nome do Residente:

Programa de Residência Médica:

Título do Trabalho:

Nome do Orientador(a):

Ano/Semestre:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Atividade de orientação realizada*** | ***Assinatura do(a)***  ***Residente*** | ***Assinatura do(a) orientador(a)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*A Ficha deverá ser enviada digitalmente à COREME ([coreme@famed.ufu.br](mailto:coreme@famed.ufu.br)).

**Composição da Banca Avaliadora de TCRM**

Eu (nome completo do orientador), na condição de orientador(a) do Trabalho de Conclusão da Residência Médica, informo os dados dos membros que comporão a banca avaliadora do trabalho intitulado (Inserir título do trabalho) desenvolvido pelo(a) residente (nome completo do(s) redidente(s)).

**Membro Titular 1 - Orientador**

Nome completo:

Instituição de origem:

E-mail de contato:

Telefone celular:

**Membro Titular 2 - Coorientador**

Nome completo:

Instituição de origem:

E-mail de contato:

Telefone celular:

**Suplente:**

Nome completo:

Instituição de origem:

E-mail de contato:

Telefone celular:

Uberlândia, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador do TCRM

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA**

**Orientador:**

**Residente:**

**Supervisor:**

**Programa de Residência Médica:**

**Período da residência (início e previsão de término):**

I. Desempenho do(a) residente quanto ao TCRM apresentado:

*O cálculo da avaliação do aproveitamento dos(as) residentes nas atividades supracitadas será realizado mediante a média ponderal das notas atribuídas. Para efeito de aprovação os residentes deverão obter média final mínima 7,0 (sete).*

*Cálculo:*

*Média=[(NTCRx1)+(NAx1)+(NDx1)]/3*

*NTCR - Nota do trabalho de conclusão de residência (TCR)*

*NA - Nota da apresentação da monografia e da arguição/entrevista)*

*ND - Nota de desempenho durante as atividades de Residência, emitida pelo Orientador.*

**NOTA FINAL:**

II. O desempenho do(a) residente permite a sua aprovação no Programa de Residência Médica?

Sim ( ) Não ( )

Em caso negativo, justificar.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervisor

**Modelo de Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência**

Aos \_\_\_\_\_\_dias do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo(a) Residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, além do(a) orientador(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Após a finalização da apresentação do TCRM pelo(a) residente(s), a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

**Avaliador 1:**

Nota final: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avaliador 2:**

Nota final: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador

\* A ata deverá ser preenchida, assinada de forma digital e encaminhada para a COREME por e-mail.

\* As assinaturas deverão ser realizadas utilizando assinatura eletrônica (GovBr, por exemplo).

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DE TROCA DE ORIENTADOR**

Eu (nome do(a) orientador(a)), declaro para os devidos fins, estar de acordo com a orientação do Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa (nome do programa - ênfase) do(a) residente (nome do(a) residente).

O título provisório do trabalho é (nome do trabalho), inicialmente orientado por (nome do orientador anterior) que se manifesta de acordo e ciente da troca.

Uberlândia, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo e assinatura

do(a) atual orientador(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo e assinatura

do(a) orientador(a) anterior

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo e assinatura

do(a) residente