



Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

C R E M E R S

Av. Princesa Isabel, 921 - Fone 3219-7544 - Caixa Postal 352 - 90620-001 - Porto Alegre - RS - Brasil

Internet (e-mail): cremers@cremers.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRECEPTORIA

médico, inscrito no CRM/RS sob nº _____, residente e domiciliado à _____

nº _____/_____ CEP _____, na cidade de _____ Fone: (____) _____ e

Celular: (____) _____ E-mail: _____,

Preceptor do Curso de _____,

ministrado na _____,

declaro, para fins éticos e legais, ser o preceptor responsável pelos atos praticados, durante o curso (que será realizado no período de _____), pelo(a) médico(a) _____,

formado pela faculdade de medicina _____

(colocar nome e país), cujo programa curricular é suficiente para que o aluno curse a pós-graduação, nos termos do que determina o parágrafo 5º do Art. 7º da Resolução nº 1.832/2008 do Conselho Federal de Medicina .

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura Preceptor