



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRECEPTORIA

Eu, _____
médico (a), inscrito (a) no CRM/RS sob nº _____, residente e domiciliado (a)
à _____ nº _____/_____
CEP _____, na cidade de _____
Fone: (____) _____ Celular: (____) _____
E-mail: _____, preceptor do Curso de

ministrado em _____
declaro para fins éticos e legais, ser o preceptor responsável pelos atos médicos praticados,
durante o curso que será realizado no período de _____,
pelo (a) médico (a) _____,
nos termos do que determina o parágrafo 6º do Art. 7º da Resolução nº 2.216/2018 do Conselho
Federal de Medicina.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura Preceptor

Funcionário: _____