



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA**

**DECLARAÇÃO DE ACEITE DO(A) SUPERVIDOR(A)/PRECEPTOR(A)  
PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO DE  
FORMAÇÃO EM SERVIÇO – MÓDULO ELETIVA**

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a) com registro no Conselho Regional de Medicina sob o nº \_\_\_\_\_ e especialidade na área de \_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins de Controle Acadêmico junto a Universidade do Estado do Pará, Campus VIII - Marabá, que aceito o(a) discente \_\_\_\_\_, matriculado(a) regularmente nessa instituição sob o nº \_\_\_\_\_, no Curso de Medicina, turma \_\_\_\_\_, como meu(minha) tutorando(a) no Estágio Curricular Obrigatório de Formação em Serviço Módulo Eletiva, no período de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_. Firmo o compromisso que seguirei o regulamento, aprovado pela Resolução Nº 001/2018-COMED, sendo que ao final do estágio assinarei o Relatório das atividades realizadas, farei o preenchimento da ficha e do formulário oficial de avaliação com a nota de desempenho acadêmico e autenticação da frequência do(a) discente com minha assinatura e carimbo.

Marabá – Pará, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a)