

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RN**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

**REQUERIMENTO**

PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA (TCR)/ QUALIFICAÇÃO DO PROJETO REFERENTE AO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA (TCR).

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, residente regularmente matriculado(a) no **Programa de Residência Multiprofissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), nível **R2,** solicito à Coordenação do Programa a **prorrogação** do prazo de **DEFESA** do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por mais **\_\_\_\_ dias**. Tal prorrogação deverá ser contada a partir do vencimento do prazo máximo original estabelecido pela Coordenação, com base no Regimento dos Programas de Residência da COREMU/UFRN (Resolução n° 179/2018-CONSEPE, de 30 de outubro 2018).

Sendo assim, justifico tal solicitação em virtude \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Por fim, declaro ter ciência de que, caso esta solicitação seja aprovada, uma vez esgotado o novo período, sem que eu tenha defendido o TCR, a Coordenação poderá proceder com minha reprovação no componente.

Caicó /RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

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

Assinatura do(a) Residente

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

Assinatura do(a) Orientador(a)