



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu _____, médico residente no Programa de Especialização
Residência em _____, sob a matrícula _____,

Declaro para os devidos fins estar ciente do que consta no Art. 62 da Seção IV – Da
Frequência e Avaliação, pg 14 do Regimento Geral da Pós-Graduação/UFSM, em que diz:

Art. 62 Será desligado do programa o discente que for reprovado (obter conceito igual ou inferior a “C”, NA ou R) em duas disciplinas ou por duas vezes na mesma disciplina, cabendo às respectivas Secretarias e Coordenações de Programas/Cursos o monitoramento do histórico escolar dos discentes e ao Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DERCA) o controle desta situação.

Santa Maria ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO RESIDENTE