



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP
COREMU – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, 1º Andar do Pavilhão Mario Covas – 15090-000- São José do Rio Preto - SP
Tel. (17) 3201-5938 - email: coremu@famerp.br

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO DE ATIVIDADES

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 20__ .

Senhora Coordenadora:

Eu, _____, R1 () / R2 (), **CRACHÁ**
Nº _____, Residente () Multiprofissional / () Uniprofissional do Programa de:
_____, na área de _____, solicito de Vossa Senhoria o

AFASTAMENTO DAS MINHAS ATIVIDADES, pelo motivo e período abaixo:

- () **Licença Saúde**, no período de ____/____/20__ a ____/____/20__ (atestado anexo);
() período integral () meio período () apenas horas _____
- () **Congresso**, no período de ____/____/20__ a ____/____/20__ (comprovante anexo);
- () **Gala**, no período de ____/____/20__ a ____/____/20__ (Cópia da certidão de casamento a) 5 dias corridos
- () **Nojo**, no período de ____/____/20__ a ____/____/20__ (declaração de óbito anexa) 9 dias consecutivos para Pais, Cônjuges, Companheiro(a) e Filhos; Avós e irmãos, 02 dias consecutivos.
- () **Paternidade**, no período de ____/____/20__ a ____/____/20__ (certidão anexa) 05 dias consecutivos;
- () **Outros** _____ **Período:** ____/____/____ a ____/____/____

Atenciosamente,

Residente Multiprofissional

De acordo:

Preceptor(a) / Tutor(a)
(carimbado obrigatório)

Coordenadora do Programa
(carimbo obrigatório)

PROF^a. DR^a. MAGALI AP. ORATE MENEZES DA SILVA
COORDENADORA DA COREMU

**Deverá ser entregue a via original deste formulário, na COREMU, para abono.
Não serão aceitas xerox ou cópia via e-mail.**