



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

LICENÇA GESTANTE

São José do Rio Preto, ____/____/20____

SENHORA COORDENADORA:

Eu, _____, () residente () estagiária da
Área de _____, venho por meio deste solicitar de
Vossa Senhoria autorização para minha Licença Gestante no período de
____/____/____ a ____/____/____, conforme atestado anexo.

Atenciosamente,

Atenciosamente,

Residente Multiprofissional

De acordo:

Preceptor(a)/Tutor(a)

Coordenadora do Programa

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

(Os formulários deverão ser entregues pessoalmente na Coremu)