



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programas de Residência em Área Profissional da Saúde
(Uni e Multiprofissional)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

- a. Nome do residente: _____
b. Tipo de Vínculo no Programa de Residência: R1(☐) R2(☐)
c. Área de concentração: _____ Profissão: _____

2. DESCRIÇÃO DO EVENTO

Nome do Evento: _____
Local do Evento (Município/UF): _____
Período do Evento (dias ou dia): _____ Modalidade do evento : (☐) Presencial (☐) On line
Início e término do afastamento das atividades (se presencial): ____/____/____ a ____/____/____ .
Tipo de Evento: (☐) Congresso; (☐) Jornadas; (☐) Visitas Institucionais; (☐) Evento Interno HUSM; (☐) Outros: _____
Objetivo do Evento: _____

3. JUSTIFICATIVA PARA PEDIDO DE LIBERAÇÃO

4. MODALIDADE DE PARTICIPAÇÃO

(☐) Ouvinte (☐) Palestrante (☐) Outros: _____
(☐) Apresentação de Trabalhos
Título do Trabalho: _____
Autor(es) (Residentes): _____
Orientador(es): _____
Instituição: _____

5. MODALIDADE (PROPOSTA) DE SOCIALIZAÇÃO DA VIVÊNCIA NO PROGRAMA E NOS SERVIÇOS:

6. Assinatura dos PRECEPTORES E TUTORES se favorável à participação sem recuperação de carga horária

PRECEPTOR DE NÚCLEO	PRECEPTOR DE CAMPO
Data: ____/____/____ Assinatura: _____	Data: ____/____/____ Assinatura: _____
TUTOR DE NÚCLEO	TUTOR DE CAMPO (Multiprofissional)
Data: ____/____/____ Assinatura: _____	Data: ____/____/____ Assinatura: _____

PARECER FINAL COGESTOR/COORDENAÇÃO	
(☐) AUTORIZADO (☐) NÃO AUTORIZADO	Data: ____/____/____ Assinatura: _____