



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO E REGISTRO DE FÉRIAS

### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

Nome do Residente: .....	
Profissão: .....	
Período de formação no Programa de Residência:	( ) R1 - Primeiro Ano ( ) R2 - Segundo Ano
Sistema Público de Saúde (Código 1041)	( ) Saúde da Família ( ) Vigilância em Saúde
Gestão Hospitalar no Sistema Público de Saúde (Código 1044)	( ) Onco-hematologia ( ) Atenção à Saúde da Mulher e da Criança ( ) Atenção à Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas
Saúde Mental no Sistema Público de Saúde (Código 1082)	( ) Atenção à Saúde Mental

### II. PERÍODO DE FÉRIAS SOLICITADAS

( ) Referente ao <u>primeiro</u> período de férias do ano: ___/___/____ a ___/___/____.
( ) Referente ao <u>segundo</u> do período de férias do ano: ___/___/____ a ___/___/____.

Assinatura do Residente: ..... Santa Maria, ___/___/____.
---

### III. PARECER / ASSINATURA

PRECEPTOR DE NÚCLEO	PRECEPTOR DE CAMPO
( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura:	( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura:
TUTOR DE NÚCLEO	TUTOR DE CAMPO (Multiprofissional)
( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura: ou anexar parecer digital	( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura: ou anexar parecer digital

PARECER FINAL COGESTOR COREMU	PARECER FINAL COORDENADOR PRAPS/Multi
( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura:	( ) Favorável ( ) Desfavorável Data: ___/___/____  Assinatura:

OBS: .....

.....

.....