**SOLICITAÇÃO DE FÉRIAS**

*Ao Supervisor (a) do Programa em:*

( ) ANESTESIOLOGIA

( ) CLINICA MÉDICA;

( ) CIRURGIA GERAL

( ) ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

( ) OTORRINOLARINGOLOGIA

**Prezado (a) Dr. (a**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico (a) Residente desta instituição, solicito sua autorização para usufruir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias, do meu período de férias, referente ao exercício do ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ á \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. Retornando dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ às minhas atividades normais nesta FHAJ.

N. Termos,

P. Deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico Residente**

(Assinatura e Carimbo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Supervisor do Programa**

(Assinatura e Carimbo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coordenador da COREME**

(Assinatura e Carimbo)

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.