



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS  
SETOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

Av. Doutor Arnaldo, 165 - 01246-900 - São Paulo/SP  
Tel.: (11) 3896-1241 – residenciamedica@emilioribas.sp.gov.br



**DISPENSA PARA PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS  
E/OU DEMAIS ATIVIDADES CIENTÍFICAS**

Segundo o Artigo 27º do Regimento Interno da Residência Médica no IIERibas:

"Ao médico residente será assegurado o direito a 10 (dez) dias por ano de licença para congressos, simpósios e/ou cursos, incluindo o tempo para viagens e deslocamento, sendo no máximo 8 (oito) dias consecutivos por vez.

§1 - Caso seja possível o médico residente participar de algum evento sem comprometer suas atividades da Residência não será necessário solicitar a respectiva licença.

§2 - A solicitação de licença congresso deverá ser entregue na secretaria do Setor de Residência Médica com antecedência mínima de 30 dias do início da licença.

§3 - Os médicos residentes assumem o compromisso de repassar, sempre que solicitado, o conteúdo dos eventos para os quais se ausentaram."

**Em conformidade com a ética profissional e o Regimento Interno da Residência Médica no IIER, eu abaixo assinado solicito dispensa das minhas atividades no Programa para participar do evento científico:**

\_\_\_\_\_ (nome do Evento)

\_\_\_\_\_ (local do Evento)

a ser realizado de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do Residente: \_\_\_\_\_

(  ) do IIER (  ) de outra Instituição: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Informações complementares sobre este período:

- Campo(s) de Estágio(s): \_\_\_\_\_
- Estou escalado para apresentar Reunião: (  ) não (  ) sim. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Estou escalado para algum Plantão: (  ) não (  ) sim. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(oficializar a troca no impresso correspondente)
- Meu dia de atendimento no Ambulatório Didático é:  
(  ) 2ªf (  ) 3ªf (  ) 5ªf (  ) não se aplica
- Para este afastamento utilizarei \_\_\_\_ dos 10 dias anuais a que tenho direito, sendo que já utilizei \_\_\_\_ dias em outro(s) evento(s) neste ano letivo.

Recebido pelo Setor de Residência Médica em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_: (  ) aprovado (  ) indeferido

Campo(s) de Estágio ciente(s) em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Parecer: (  ) aprovado (  ) indeferido

Ambulatório Didático ciente em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Parecer: (  ) aprovado (  ) indeferido

Observações: