HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Unidade: 61 - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
Curso: 61.08.00007 - Residência Multiprofissional em Saúde Auditiva

REQUERIMENTO PARA REPOSIÇÃO DE HORAS

Residente:_____ R1 ( ) R2 ( )

Área: _____ Data de solicitação:_____

DESCRIÇÃO DE OCORRÊNCIAS

Data de início da ocorrência	**Justificativa e dias de afastamento** (exemplo: Atestado médico – 5 dias)	**Horas devidas**

PLANO DE REPOSIÇÃO

Data ou período de reposição	**Atividade desenvolvida / setor de prática**	**Horas repostas**

CIÊNCIA E ACORDO

Residente: _____ Data: _____
(assinatura)

Tutor/preceptor: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)

Coordenador: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)