



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO PARA REPOSIÇÃO DE HORAS

Programas de Residência Multiprofissional da Saúde

Programa: () Saúde Auditiva () Síndromes e Anomalias Craniofaciais

Nome do residente: _____

Área profissional: _____ **Data de solicitação:** _____

DESCRIÇÃO DAS 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

Solicitante: _____ Data: _____
(assinatura do residente)

CIÊNCIA E ACORDO

Tutor da área: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)

Coordenador: _____ Data: _____
(carimbo e assinatura)