



Hospital  
Universitário  
Cassiano Antonio Moraes

Universidade Federal do Espírito Santo  
Centro de Ciências da Saúde  
Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes  
Residência Multiprofissional em Saúde

### **SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS EXTERNOS (Anexo B)**

Prazo de solicitação: 7 dias antes do evento. Em caso de eventos, na qual esse prazo de antecedência não for possível cumprir, a liberação será avaliada pela Coordenação Geral junto ao Coordenador dos Campos de Prática e ao Preceptor do campo de prática.

#### ● IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Campo de Prática: ( ) R1 ( ) R2 Profissão: \_\_\_\_\_

#### ● IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

Tipo do evento: ( ) Curso ( ) Simpósio ( ) Seminário ( ) Congresso ( ) Palestra ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_ Carga Horária: \_\_\_\_\_

Período de realização: \_\_\_\_\_

#### ● AVALIAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO EVENTO PARA A RESIDÊNCIA

O Residente deverá justificar o interesse na participação do evento pleiteado, relacionando o conteúdo programático do mesmo com as atividades exercidas pela aplicabilidade dos conhecimentos e oportunidade de melhoria em suas áreas profissionais. Ressaltamos, ainda que o referido residente se responsabiliza, integralmente, pelas declarações aqui prestadas.

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

#### ● DOCUMENTOS ANEXADOS

É imprescindível anexar a este formulário todos os documentos originais de divulgação do evento/curso, constando, inclusive sua programação com o horário de início e encerramento do evento/curso.

Marque com um "X" os documentos apresentados junto à solicitação:

( ) Ficha de Inscrição com todos os campos preenchidos

( ) Folder do evento com o conteúdo programático

( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### ● TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a comparecer no evento acima citado e, após a sua realização, apresentar à Coordenação da Residência Multiprofissional cópia do certificado de participação, no prazo de até 10 dias úteis. Comprometo-me a entregar na secretaria os comprovantes de embarque ou passagens no caso de o evento ser realizado em outros estados em até 10 dias úteis.

Declaro, ainda, conhecer e concordar com as condições acima, estando ciente, inclusive, de que o não cumprimento total ou parcial do presente termo acarretará em impedimento para novas liberações e compensação da carga horária liberada, quando aplicável.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Residente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Preceptor**

\_\_\_\_\_  
**Coordenador dos Campos de Práticas**

\_\_\_\_\_  
**Coordenador Geral da Residência Multiprofissional**

Escreva as observações atrás da folha