



## REQUERIMENTO PARA LICENÇA SAÚDE

Ao Sr. Coordenador da Comissão de Residência Médica:

Eu  Residente Médico do Programa  
de  no hospital   
requero o benefício de **Licença Saúde** durante o período de  /  /  a  
 /  / . Estou ciente que deverei repor a carga horária correspondente  
aos dias resultante da licença para efeito da integralização da Residência  
Médica neste PRM, conforme Art. 4º, § 4º da Lei 6.932/1981, redação  
atualizada pela Lei 12.514/2011. Nos casos em que a Licença seja superior a  
15 dias, comprometo-me a solicitar imediatamente o afastamento junto ao  
INSS.

Passo Fundo,  de  de .

---

**Médico Residente** (assinatura e carimbo)

Ciente, em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

**Supervisor do PRM** (assinatura e carimbo)

Universidade Federal da Fronteira Sul  
*Campus* Passo Fundo – RS  
Comissão de Residência Médica - COREME