

São Paulo, 05 de Agosto de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **Dra. Bianca Ladeira e Oliveira**, CRM: 162.332, portador do CPF: 372.616.078-78 e RG: 24.976.219-5, está regularmente **matriculada** no *Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia* do Hospital Estadual Sapopemba- HESAP – SECONCI OSS credenciado pelo Ministério da Educação (MEC).

Informo que a mesma reside atualmente no endereço – Rua: Napoleão de Barros, 920 – Vila Clementino – São Paulo

O referido Programa teve início em 06/03/2014 com duração de três anos.

Atenciosamente,


Dr. Ahmed Mourad
Ginecologia - Obstetrícia
CRM 120139

Preceptor PRM Ginecologia e Obstetrícia


Dr. Ahmed El Karim Mourad
CRM: 120.139
Coordenador COREME

Dr. Ahmed El Karim Mourad
CRM 120.139
Presidente COREME

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSO

Eu, Bianca Ladeira e Oliveira, CRM: SP 162.332 residente do 2º ano do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia venho através deste documento solicitar autorização para participar do Congresso / Evento abaixo:

CONGRESSO / EVENTO: XX Congresso Sogesp

LOCAL: Transamerica Expo Center

CIDADE: São Paulo

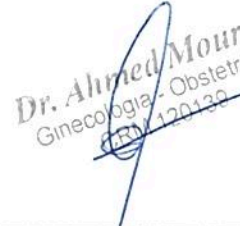
ESTADO: SP

DATA DE INÍCIO: 27/08/2015

DATA DO TÉRMINO: 29/08/2015

TIPO DE PARTICIPAÇÃO: MEMBRO INSCRITO (☒) MEMBRO ATIVO (☐)

Bianca Ladeira e Oliveira
CRM: 162.332


Preceptor PRM Ginecologia
e Obstetrícia


Dr. Ahmed El Karim Mourad
CRM: 120.139
Presidente da Coreme

SOLICITAÇÃO DE LICENÇA – RESIDENTE

Eu, Bianca Ladeira e Oliveira CRM: SP 162.332 Médico (a) Residente do 2 ano, em Ginecologia e Obstetrícia junto ao Programa de Residência Médica, venho mui respeitosamente solicitar licença, conforme abaixo, a partir de 27 à 29 de Agosto de 2015.

Marque com um “x”

- () Licença Gala (7 dias consecutivos)
() Licença Nojo (7 dias consecutivos)
() Licença Paternidade (5 dias consecutivos)
() Licença Maternidade (120 dias consecutivos)
(x) Licença para Congresso
() Licença Saúde

Outros: especificar: () dias e licença _____

Atenção: Obrigatório anexar documentos comprobatórios

Declaro ainda estar ciente que, o treinamento deverá ser repostado, para cumprimento da carga horário obrigatório a critério do supervisor do Programa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Bianca Ladeira e Oliveira
CRM: 162.332

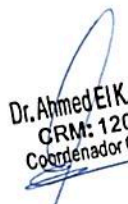
De acordo com o pedido de licença, manifesto:

____ obrigatória reposição do período acima citado

☒ dispensado da reposição


Dr. Ahmed Mourad
Ginecologia - Obstetrícia
CRM: 120.139

Preceptor PRM Ginecologia
e Obstetrícia


Dr. Ahmed El Karim Mourad
CRM: 120.139
Coordenador COREME

Dr. Ahmed El Karim Mourad
CRM: 120.139
Presidente da Coreme