**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ESTÁGIO OPTATIVO - CAMPO SESA**

**CARTA DE INTERESSE**

À Coordenação dos Programas de Residência do ICEPi,

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Registro Profissional Nº (Estado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Residente do Programa de Residência MULTIPROFISSIONAL em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho por meio desta, requerer autorização para realizar Estágio Optativo junto à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA/ES.

|  |
| --- |
| **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM:** |
| **E-mail:** | **Telefone: ( )** |
| **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA:**  |
| **CATEGORIA PROFISSIONAL:** |
| **COORDENADOR DO PROGRAMA:**  |
| **E-mail:** | **Telefone: ( )** |
| **ANO DA RESIDÊNCIA:**  |
| **INSTITUIÇÃO DESTINO:** Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA/ES |
| **E-mail:** icepi.coremu@saude.es.gov.br | **Telefone:** ( 27 ) 3198-0214  |
| **PERÍODO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. |
| **ATIVIDADES DE INTERESSE:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

(Município)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura e carimbo

**Residente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura e carimbo

**Coordenador do Programa de Residência MULTIPROFISSIONAL (Instituição de Origem)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura e carimbo

**Coordenação do setor de Residências em Saúde
(Instituição de Origem)**