

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA DE DISPENSA PARA REALIZAÇÃO DE PROVA DE  
RESIDENCIA MEDICA**

**SENHOR COORDENADOR:**

Eu, \_\_\_\_\_, residente da Área de  
\_\_\_\_\_, venho por meio deste, solicitar de  
Vossa Senhoria dispensa para realização de prova de residência médica:

Na cidade de \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_.

Data:

Solicito também o período abaixo para traslado.

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do residente

Despacho:

( )deferido ( ) indeferido

Justificativa se indeferido:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador

Dourados, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_