



### **SOLICITAÇÃO PARA REALIZAR O INTERNATO ELETIVO NA APS**

Eu, \_\_\_\_\_, matriculado(a) sob o número \_\_\_\_\_, atualmente no \_\_\_\_ semestre do Curso de Medicina, venho por meio deste requerimento, solicitar autorização para realizar o Internato Eletivo (MED1018) neste serviço, conforme informações abaixo:

<b>PERÍODO</b>	<b>UBS</b>
____/____/20____ a ____/____/20____	

---

Assinatura do requerente

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

### **AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO**

DEFERIDO

INDEFERIDO

---

Assinatura e carimbo do responsável pelo serviço

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Coordenação do Curso de Medicina

Av. Roraima, 1000, Cidade Universitária, Camobi – CEP 97105-900 – Santa Maria, RS

Prédio 26 – Sala 1353

Fones: (55) 3220 8554 – (55) 32209626

Endereço eletrônico: [medicina.ccs@ufsm.br](mailto:medicina.ccs@ufsm.br)