



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina



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:

PERÍODO	UBS
____/____/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____.