



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA



SOLICITAÇÃO DE TROCA DE ESCALA

| ALUNO SOLICITANTE | |
|---------------------|--|
| Internato em | |
| Local/Especialidade | |
| Nome aluno | |
| Matrícula | |
| Semana de troca | |
| Número na escala | |
| | |
| | |

| ALUNO SOLICITADO | |
|---------------------|--|
| Internato em | |
| Local/Especialidade | |
| Nome aluno | |
| Matrícula | |
| Semana de troca | |
| Número na escala | |

Assinatura do aluno solicitante

____ / ____ / ____

Assinatura do aluno solicitado

____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do regente

____ / ____ / ____