



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



COMUNICAÇÃO DE TROCA DE ESCALA

SOLICITAÇÃO ALUNO	
Internato:	
Local/Especialidade	
Nome aluno	
Matrícula	
Período de troca	

SOLICITAÇÃO ALUNO	
Internato:	
Local/Especialidade	
Nome aluno	
Matrícula	
Período de troca	

Assinatura do aluno substituído

___/___/___

Assinatura do aluno substituto

___/___/___