Universidade Estadual de Maringá

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Medicina

REQUERIMENTO INTERNATO MÉDICO

Nome do Aluno: _____

RA:_____ Série: _____ Grupo _____ Fone/Cel: _____

Área: ( ) Clínica Cirúrgica ( ) Clínica Médica ( ) G. O. ( ) Pediatria

( ) Saúde Coletiva ( ) Urgência e Emergência ( ) Coordenador do Internato

Nome do(a) Coordenador(a) da Área/Internato:_____

Senhor(a) Professor(a):

O (A) requerente solicita a Vossa Senhoria a concessão do pedido abaixo assinalado:

( ) Troca de Plantão: Período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____.
Nome do Interno Substituto: _____.

( ) Licença para tratamento médico de ____/ ____/ _____ a ____/ ____/ _____.

( ) Licença maternidade: ____/ ____/ _____ a ____/____/ _____.

( ) Férias – Período de ____/____/_____ a ____/____/_____.

( ) Outros (especificar: estágio, congresso)

* O interno deverá apresentar ao DMD cópia de certificado, relatório do congresso ou estágio, apresentação do resumo para o grupo e o docente:

_____

_____

COMPLEMENTAÇÕES / JUSTIFICATIVAS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Maringá, _____/_____/_____.

AUTORIZAÇÃO

(coordenador(a) da área)

_____

Assinatura do(a) requerente