

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que  
\_\_\_\_\_, aluno(a) do \_\_\_ período do  
curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa, acompanhou-me durante a realização  
de consultas, cirurgias ou outros procedimentos médicos, nas datas de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, totalizando \_\_\_ horas.

---

**Assinatura do(a) médico(a)**

---

**Carimbo do(a) médico(a)**

---

**Assinatura do(a) aluno(a)**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.