



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde  
Rede de Urgência e Emergência da  
Macrorregião do Triângulo do Norte

**CISTR**

FORMULÁRIO PARA SOLICITAR TROCA ESCALA / PLANTÃO - SAMU CISTR

**SOLICITANTE:**

NOME DO SOLICITANTE DA TROCA: \_\_\_\_\_

CPF DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

E-MAIL DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

BASE: \_\_\_\_\_

TURNO DA ESCALA: \_\_\_\_\_

DATA DE TROCA DO PLANTÃO: \_\_\_\_\_

**SUBSTITUTO:**

NOME DO SUBSTITUTO DA TROCA: \_\_\_\_\_

CPF DO SUBSTITUTO: \_\_\_\_\_

E-MAIL DO SUBSTITUTO: \_\_\_\_\_

TELEFONE SUBSTITUTO: \_\_\_\_\_

BASE: \_\_\_\_\_

TURNO EM QUE O SUBSTITUTO DA TROCA: \_\_\_\_\_

DATA DE REPOSIÇÃO DO PLANTÃO: \_\_\_\_\_