



FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL  
Certificada como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial nº 2. 576 de 10/10/2007.  
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - DEPE

### TERMO DE SUBSTITUIÇÃO DO BOLSISTA

Eu, \_\_\_\_\_, Coordenador do Projeto  
de Pesquisa intitulado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ venho comunicar à direção do Departamento de Ensino Pesquisa e Extensão a  
substituição do bolsista \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_ pelo bolsista \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, em virtude do(s) seguinte(s) motivo(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sobral, ..... de ..... de 201\_\_.

De acordo:

\_\_\_\_\_

Coordenador(a)

\_\_\_\_\_

Bolsista