PAPEL TIMBRADO

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins que se fizerem necessários que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do acadêmico), realizou Estágio Supervisionado, de natureza extracurricular, na área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: Pediatria, Clínica Médica etc.), no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Local de realização do Estágio), sob a supervisão do(a) médico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período correspondente a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_\_ horas, conforme Relatório de Frequência anexo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (Ex.: Gurupi/TO, 15/01/2017).

(assinatura do Médico)

Nome do médico com CRM (carimbo)

(assinatura do Diretor Técnico do Hospital)

Nome do Diretor Técnico do Hospital com n. da matrícula funcional (carimbo)