



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria Municipal de Saúde  
(UNIDADE)

# CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE (NOME DO BOLSISTA) ESTUDANTE DE (CURSO GRADUAÇÃO), CUMPRIU O PROGRAMA DE ESTAGIÁRIO BOLSISTA NO (UNIDADE DE SAÚDE), NO PERÍODO DE XX/XX/XXX A XX/XX/XXXX, COM CARGA HORÁRIA TOTAL DE XXX HORAS, OBTENDO APROVEITAMENTO XXXXXXX.

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXXXXX DE XXXX.

---

---