



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 PROGRAMA DE SAÚDE COLETIVA NO (NOME DA UNIDADE), NO PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX, COM CARGA HORÁRIA TOTAL DE XXX HORAS, OBTENDO APROVEITAMENTO XXXXXXXXX.

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXXXXX DE XXXX.

---