



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 INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL NO (NOME DA UNIDADE), NO PERÍODO DE XX/XX/XXXX A XX/XX/XXXX, COM CARGA HORÁRIA TOTAL DE XXX HORAS, OBTENDO APROVEITAMENTO XXXXXXXXXXXX.

RIO DE JANEIRO, XX DE XXXXXXXX DE XXXX.
