



### AVALIAÇÃO DO INTERNATO OPTATIVO

Declaro que o(a) Interno(a) ,  
acadêmico(a) do Curso de Medicina, matrícula , CPF , exerceu  
estágio optativo em  na Instituição Concedente  
, no período de  
 /  /  a  /  / , cumprindo uma carga horária total de  horas  
e frequência de  % obtendo nota  no desempenhando das atividades.

#### Observações:

,  de , de .

---

**Supervisor/Preceptor da Instituição Concedente.**  
**(carimbo e assinatura)**