**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO OBRIGATÓRIO**

Eu, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, médico, **CRM-GO XXXXXXXXXXX**, autorizo o aluno **XXXXXXXXXXXX**, estudante regularmente matriculado no 11º período do curso de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida, **Matrícula XXXXXX**, **CPF: XXXXXXXXX,** a realizar estágio opcional obrigatório com duração de 06 semanas, no **XXXXXXXXXX, CNES XXXXXXX**, no período de XXXXXXX do corrente ano.

O referido estágio terá carga horária de **40 horas semanais**, totalizando **210 horas** distribuídas conforme a grade abaixo:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Segunda-Feira | Terça-Feira | Quarta-Feira | Quinta-Feira | Sexta-Feira |
| Manhã | 04 horas | 04 horas | 04 horas | 04 horas | 04 horas |
| Tarde | 04 horas | 04 horas | 04 horas | 04 horas | 04 horas |

À disposição,

CIDADE, DIA MÊS E ANO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dr.

 CRM-GO .