



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Excelentíssimo Senhor

DD. Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina  
De Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

O abaixo assinado, pelo presente requer a Vossa Excelência autorização para realizar Estágio como **COMPLEMENTAÇÃO ESPECIALIZADA** junto ao Departamento de \_\_\_\_\_, na especialidade de \_\_\_\_\_.

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP/INSS/NIT \_\_\_\_\_

R.G \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ EXPEDIDO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RESIDENTE À RUA \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

FORMADO PELA FACULDADE DE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ EXPEDIDO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DURAÇÃO DO ESTÁGIO: \_\_\_\_\_ A CONTAR DE: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

PORQUE DO ESTÁGIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ribeirão Preto, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura