

# ANEXO I – MODELO DE OFÍCIO (PROPOSTA)

Fortaleza, \_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Ilmo Prof. Grijalva Costa  
Coordenador do Curso de Medicina da UNICHRISTUS  
Prezado Prof:

Eu, nome completo do orientador, **após aprovação da Direção da Unidade de Saúde /Centro de estudo a qual estou vinculado**, concordo em supervisionar a atividade complementar do aluno nome completo do aluno a ser realizado da forma que segue abaixo:

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_

Serviço/setor: \_\_\_\_\_

Prof. Orientador (nome completo): \_\_\_\_\_

Celular do prof. orientador: \_\_\_\_\_

Email do prof. orientador: \_\_\_\_\_

A atividade complementar terá início em \_\_/\_\_/2023 e término em \_\_/\_\_/2023 e será cumprida de acordo com os dias da semana e horários abaixo discriminados:

Dia da Semana	Data	Hora de início	Hora de Término

Atividades a serem desenvolvidas pelo estudante:

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

Objetivo da atividade complementar:

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

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do orientador*  
*Carimbo do orientador*

## PARECER DA COORDENAÇÃO

1. Existe convênio com a instituição? ( ) SIM ( ) NÃO
2. Existe compatibilidade do estágio com o semestre cursado? ( ) SIM ( ) NÃO
3. Há programa de graduação, internato ou residência médica na instituição proposta? ( ) SIM ( ) NÃO
PARECER FINAL: ( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO Assinatura: _____

