



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS
DIVISÃO DE SAÚDE



AVALIAÇÃO MÉDICA
(ESTÁGIO SUPERVISIONADO)

☐ UFRRJ

☐ CTUR

- Nome: _____

- Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

- Matrícula: _____ - Curso: _____

- Será submetido(a) à atividade física? ☐ Sim ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa
☐ Não

Assinatura do Discente

[PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL]

Após avaliação clínica do supracitado, declaramos que o mesmo encontra-se

☐ Apto ☐ Apto com restrições ☐ Inapto

a exercer as funções exigidas para o estágio a que se destina.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador