**CIDADE**, **XX**de **MÊS** de 20**XX**.

AoInserir nome da Unidade de Saúde e/ou Hospital, Laboratório, Farmácia etc

A/C: Coordenação ou departamento

Assunto: Encaminhamento de Estagiário

Prezado (a) Senhor (a),

Cumprimentando-o cordialmente, vimos através deste, encaminhar a V.Sa.o alunoInserir nome do aluno,do curso de (inserir o nome do curso) matrícula: Inserir matricula, para realização do Estágio Inserir o tipo de estágio, no período dodiade mês de 20**XX** a diade mêsde 20**XX**no horário de horas ás horas.

Informo que o (a) aluno será encaminhado (a) com o Termo de Compromisso e Seguro Contra Acidentes Pessoais, pela Seguradora (inserir o nome da seguradora)sob a apólice NºInserir numero da apólice, e são de inteira responsabilidade da Instituição de Ensino Superior.

Na oportunidade, expressamos nossos votos de estima e apreço e agradecemos o empenho em nos atender.

Atenciosamente,

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

Pablo Renato de Lima Santiago

Coordenador de estágios
pablo.santiago@mauriciodenassau.edu.br

(84) 3344-7847