



GOVERNO DO E GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPI

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO – ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Certificamos que (NOME DO ESTAGIÁRIO ou NOME SOCIAL), aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de (NOME DO CURSO) do(a) (NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO), realizou com aproveitamento o Estágio Obrigatório, com duração de (QUANTIDADE DE HORAS) horas, no(a) (NOME DO ÓRGÃO CONCEDENTE), no setor (NOME DO SETOR), (ENDEREÇO COMPLETO DO ESTÁGIO), sob a supervisão de (NOME COMPLETO DO SUPERVISOR)

2) Período de Estágio: XX/XX/202X/X a XX/XX/202X/X

3) Avaliação das atividades desenvolvidas pelo estagiário:	Nota (0 a 10)
Experiência profissional adquirida pelo estagiário no desenvolvimento das atividades	XX
Compatibilidade existente entre as atividades desenvolvidas no estágio obrigatório e o currículo do curso	XX
Ampliação da rede de relacionamentos profissionais do estagiário no desenvolvimento das atividades do estágio:	XX

3.1) Avaliação do Estagiário:	Nota (0 a 10)
Relacionamento Interpessoal	XX
Assiduidade:	XX
Atendimento às solicitações nos prazos estabelecidos:	XX
Conhecimento técnico:	XX
Esforço pessoal:	XX
Proatividade:	XX
Pontualidade:	XX
Postura profissional / ética:	XX
Produtividade:	XX
Zelo pelo patrimônio:	XX

3.2) A avaliação final de desempenho geral do estagiário(a) ao longo do período de estágio

Foi considerado pelo supervisor de estágio:

- () ótimo
() Bom
() Regular
() Insuficiente

Observação: xxxxxxxxxxxx

LOCAL, XX de XXX de 202X/X



GOVERNO DO E GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi

CONCEDENTE
Assinatura e carimbo

SUPERVISOR
Assinatura