



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Declaração de Frequência de Estagiários

Nome da Unidade/Órgão: **Museu Antropológico**

Nome do (a) Diretor (a) da Unidade/Órgão: **Profa. Dra. Dilamar Candida Martins**

Declaramos, para os devidos fins de comprovação, que a estagiária abaixo relacionada frequenta e desenvolve regularmente as atividades de estágio nesta Unidade/Órgão no mês e ano de referência: **Abril/2017**.

Declaramos ainda que os mesmos continuam frequentando.

Nº	Nome da Estagiária	Carga Horária Semanal	Frequência (Integral ou Integral vide obs.)	Observações (Faltas, férias, Atestado médico)
01	Aline Santos de Oliveira	20	Integral	
02	Ariel David Ferreira	20	Integral	
03	Christian Oliveira Coelho	20	Integral	
04	Karolyn Soledad Saavadera Correia	20	Integral – vide observação	Contrato encerrado em 18/04
05	Lara Pelhus Gomes Claudino	20	Integral	
06	Misia Maria Rocha Pires	20	Integral	
07	Vanessa Ferreira de Almeida Resende	20h	Integral	

Goiânia, 05 de maio de 2017.


Assinatura e carimbo do (a) Diretor (a) da Unidade/Órgão

Profa. Dra. Dilamar Candida Martins
Diretora do Museu Antropológico/UFG
Matrícula SIAPE 0298781

Recebido em
18/05/17
Kenia Ferreira

UFG

_____, de _____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

UFG

Quinta manhã - estágio obrig.
Sexta tarde - estágio obrig.

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

A original teve de ser entregue a uma professora.

ATESTADO MEDICO

[Signature]

12/04/12

[Signature]

[Stamp]

[Text]

RENAISSANCE

Cópia

ATESTADO MÉDICO

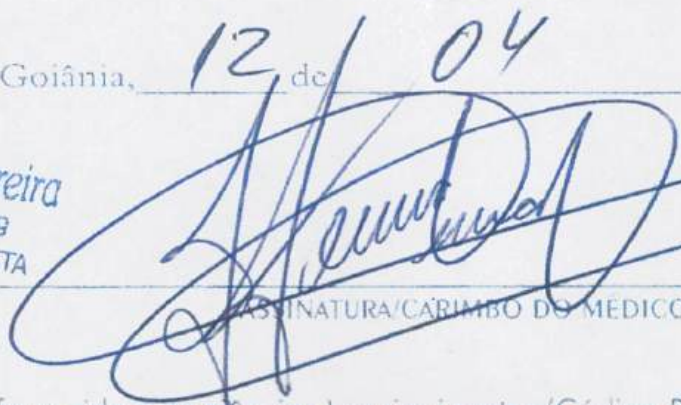
A pedido do(a) interessado(a)

Sara Pellissier Claudino

na qualidade de seu médico assistente, atesto para os devidos fins, que o(a) mesma(o)
movido de doença (CID N-39), ficou (ficará) impossibilitado (a) de exercer
as suas atividades durante 03 dias, a partir de 12/04/17

Goiânia, 12 de 04 de 20 17

Dr. Juliano Silva Ferreira
MÉDICO CRM-GO 11.689
EMERGENCISTA/INTENSIVISTA



ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO

O presente Atestado é fornecido com ciências Legais vigentes (Código Penal, Artigo 302).
Encontrando-se Laudo detalhado sobre o caso à disposição de quem, de direito, possa interessar.

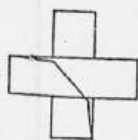
Rua 9, nº 1551, Setor Marista - Goiânia - GO - (62) 3089-7900
www.hr.med.br

A original teve de ser entregue a uma professora.

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

PREFEITURA
DE GOIÂNIA

SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Ariel David

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QU

Ferreira

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA:



TRATAMENTO NA URGÊNCIA



EXAMES LABORATORIAIS, RADIOLÓGICOS OU OUTROS



TRATAMENTO AMBULATORIAL

ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES



NOME DO ACOMPANHANTE - GRAU DE PARENTESCO

DATA:

24 / 04 / 17

HORÁRIO: das

09:55

às

11:00

h

Dra. Jordana Junqueira Alvar
Médica
CRM-GO 17200

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

NOTA: 1 - A emissão do ATESTADO MÉDICO é reservada aos casos que estiverem sob os cuidados, deste profissional.
2 - Aos demais casos será fornecido o ATESTADO DE COMPARECIMENTO, que poderá ser assinado pelo profissional CHEFE DO SETOR onde o paciente recebeu o atendimento.

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

