

Anexo 1

Formulário de Avaliação de Atestado fora de Prazo

Cód. CONARQ - 024.3	Cód.: 001	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
---------------------	-----------	---------	------------	------------------

Ao Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalho do IF Farroupilha

Nome: _____

Matrícula SIAPE n° _____

Cargo: _____

Campus/lotação: _____

Email/Fone: _____

Data do Atestado: _____

Data da Solicitação: _____

Requer:

- Licença à Gestante e Prorrogação
- Licença para tratamento da própria saúde do servidor estatutário
- Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família
- Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional

Nestes termos pede o deferimento.

Local e data: _____, _____ de _____, de _____.

[assinatura do servidor(a)]

Deferido

Indeferido conforme Artigo 4º do Decreto nº 7.003, de 09 de setembro de 2009 e Art. 6º, 2º da Orientação Normativa nº 03 de 23 de fevereiro de 2010. “-O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de cinco dias contados da data do início do afastamento do servidor.

Local e data: _____, _____ de _____, de _____.

[Médico(a) Perito(a)]