



Protocolo nº.	_____ / _____ - _____	CARGO / ÁREA:	<input type="checkbox"/> PROFESSOR EBTB	<input type="checkbox"/> PROFESSOR SUBSTITUTO
	Data: _____ / _____ / _____		Área/Disciplina: _____	<input type="checkbox"/> TAE/ _____

FAVOR PREENCHER TODO O FORMULÁRIO

NOME COMPLETO:			
MAT. SIAPE:	CPF:	CAMPUS:	
LOTAÇÃO:			RAMAL:
ENDEREÇO:			Nº.:
BAIRRO:	COMPLEMENTO		CEP:
FONE 1: ()	FONE 2: ()	FONE 3: ()	
E-MAIL 1:		E-MAIL 2:	

Vem requerer ao Ilmo. Sr. DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAS DO IF-AM: (assinale com X)

AVALIAÇÃO DE ENDOSSO DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO PARA ABONO DE FALTAS AO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA

PRÓPRIA DE FAMILIAR DOENTE: _____

Nº. de dias faltados: _____ (_____) _____

DIA/PERÍODO da(s) falta(s) _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Nome do dependente legal: _____
 Grau de parentesco: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES

Cópia do Receituário Médico/Odontológico Atestado médico original (OBRIGATÓRIO)

Cópia de exames durante o período da doença

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO que estou ciente dos aspectos legais da Lei 8.112/90, podendo ser convocado à inspeção médica/odontológica a QUALQUER TEMPO, não podendo exercer outra atividade laborativa fora da instituição, ENQUANTO ESTIVER TRATANDO DA PRÓPRIA DOENÇA, assim como, confirmo a autenticidade das cópias de todos os documentos entregues.

_____ - AM, _____ / _____ / _____ _____

Localidade Assinatura do Requerente

DGP/PROAD/IF-AM - CONTROLE DE FALTAS OCORRIDAS DURANTE O ANO

À: UNIDADE SIASS

DESPACHO: _____

Ao(À) _____ PARA AS PROVIDÊNCIAS DEVIDAS.

DGP/PROAD/IF-AM: _____ / _____ / _____ _____

Diretor de Gestão de Pessoas