TERMO DE CIÊNCIA DO PRAZO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Eu­­­\_\_\_funcionario.... da Empresa ...... CNPJ ...... desde ........... portador da CTPS ..... CPF........ RG ............. , declaro ter ciência de que fui orientado em relação ao prazo máximo para entrega junto ao Departamento Pessoal.

1. Atestado médico ou outro documento que justifique minha ausência num prazo de

**24 HORAS depois de tê-lo adquirido.**

1. Em situações em que eu esteja impossibilitado de sair por motivos de doenças(DA MINHA PESSOA OU DE ALGUM MENBRO DA FAMILIA) encaminharei o atestado através de um responsável dentro da data e horário limite estipulado pela empresa (**24 HORAS**).
2. Quando estiver em gozo de licença como **AUXILIO DOENÇA**, SEMPRE ESTAREI INFORMANDO A EMPRESA SOBRE AS PERICIAS AGENDADAS, E OS RESULTADOS OBTIDOS (**EM UM PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS, APÓS O TERMINO DO ULTIMO RESULTADO O QUAL ESTA RELACIONADO NO DOCUMENTO FORNECIDO PELO INSS**)
3. EM CASO DE FALECIMENTO DE ALGUM FAMILIAR 24 HORAS APÓS O ACONTECIDO

Declaro também ter ciência de que caso eu não cumpra com a norma da empresa a **FALTA SERA CONSIDERA SEM JUSTIFICATIVA SENDO PASSIVEL DE ADVERTENCIA ,SUSPENSÃO E SOFRERA OS SEU DESCONTO NA FOLHA DE PAGAMENTO.**

CIENTE EM:

\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_

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

FUNCIONARIO....