INSTITUTO FEDERAL
Rondônia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia

INSTRUÇÃO NORMATIVA 1/2026/REIT - DGP/REIT

PROCESSO SEI Nº 23243.003980/2025-10

DOCUMENTO SEI Nº 3181921

Estabelece procedimentos para abertura, instrução, tramitação, controle de acesso e tratamento dos processos administrativos de gestão de pessoas que dependam de avaliação pericial oficial em saúde no âmbito do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia – IFRO, e disciplina os procedimentos específicos para remoção por motivo de saúde.

A DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS e a PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA – IFRO, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, especialmente os dispositivos que condicionam a concessão de direitos, benefícios ou providências funcionais à avaliação por perícia oficial ou junta oficial em saúde;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;

CONSIDERANDO a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, especialmente o art. 31, segundo o qual as informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem possuem acesso restrito, independentemente de classificação de sigilo, aos agentes públicos legalmente autorizados e ao próprio titular;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, que qualifica como dados pessoais sensíveis, entre outros, os dados referentes à saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, e as demais normas aplicáveis à perícia oficial em saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, que dispõe sobre a utilização do meio eletrônico na realização do processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;

CONSIDERANDO o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, 3ª edição revisada, que contempla, entre outras finalidades, remoção por motivo de saúde, horário especial relacionado à deficiência, readaptação funcional e avaliação da capacidade laborativa;

CONSIDERANDO as manifestações e contribuições produzidas no Processo SEI nº 23243.003980/2025-10, instaurado para regulamentação dos procedimentos relativos à remoção por motivo de saúde no IFRO;

CONSIDERANDO a necessidade de aperfeiçoamento dos procedimentos institucionais relacionados à proteção dos documentos médico-clínicos e demais dados pessoais sensíveis tratados em processos de gestão de pessoas;

CONSIDERANDO a Recomendação n.º 1/2026/REIT-LGPD/REIT-CGAB/REIT-IFRO, que recomendou a revisão do fluxo institucional relativo à remoção por motivo de saúde e a adoção de mecanismo de controle de acesso às informações médico-clínicas;

RESOLVEM:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1. Esta Instrução Normativa Conjunta estabelece os procedimentos para abertura, instrução, tramitação, controle de acesso, encaminhamento à avaliação pericial oficial em saúde e tratamento administrativo das demandas de gestão de pessoas cuja análise ou decisão dependa de manifestação pericial oficial.

§ 1º As disposições desta Instrução Normativa aplicam-se aos processos que demandem a inclusão, produção, análise ou tratamento de documentação médico-clínica ou de outros dados pessoais sensíveis relacionados à saúde.

§ 2º Estão abrangidas, entre outras, as solicitações relativas a:

I – remoção por motivo de saúde;

II – horário especial para servidor com deficiência;

III – horário especial para servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência;

IV – avaliação da capacidade laborativa;

V – readaptação, adequação ou avaliação funcional, quando dependente de avaliação oficial em saúde;

VI – outras providências administrativas para as quais a legislação ou regulamentação aplicável exija avaliação pericial oficial em saúde.

§ 3º A relação prevista no § 2º possui caráter exemplificativo.

Art. 2. A utilização do fluxo estabelecido nesta Instrução Normativa não altera os requisitos legais, regulamentares ou periciais específicos aplicáveis a cada direito, benefício ou providência funcional.

Art. 3. A instrução e a tramitação dos processos abrangidos por esta Instrução Normativa observarão, especialmente, os princípios da finalidade, adequação, necessidade, segurança, prevenção, confidencialidade, minimização de dados e limitação do acesso às informações ao mínimo necessário para o exercício das atribuições de cada agente.

Art. 4. Para fins desta Instrução Normativa, considera-se:

I – avaliação pericial oficial em saúde: avaliação realizada por perícia oficial ou junta oficial competente, destinada a subsidiar decisão administrativa;

II – documentação médico-clínica: laudos, relatórios, exames, atestados, prontuários, prescrições, imagens e demais documentos que contenham informações relacionadas à condição de saúde;

III – dado pessoal sensível de saúde: dado pessoal referente à saúde de pessoa natural;

IV – processo sigiloso: processo eletrônico submetido a mecanismo de controle individualizado de acesso por credencial;

V – credencial de acesso: autorização nominal concedida no SEI a usuário específico para visualização e atuação em processo sigiloso;

VI – agente autorizado: servidor que, em razão de suas atribuições funcionais e da etapa processual sob sua responsabilidade, necessite acessar o processo.

CAPÍTULO II
DA ABERTURA E DA INSTRUÇÃO INICIAL DO PROCESSO

Art. 5. Toda demanda administrativa de gestão de pessoas cuja análise ou decisão dependa de avaliação pericial oficial em saúde deverá ser formalizada no Sistema Eletrônico de Informações – SEI, utilizando o tipo processual: **"Pessoal: Solicitação de Avaliação Pericial SIASS".**

Art. 6. Na abertura do processo deverão ser utilizados os seguintes parâmetros:

I – Tipo de Processo: **Pessoal: Solicitação de Avaliação Pericial SIASS**;

II – Especificação: **Solicitação de Avaliação Pericial – [nome do servidor]**;

III – Interessado: servidor requerente;

IV – Nível de Acesso: **Sigiloso**;

V – Grau de Sigilo: **não selecionar**;

VI – Hipótese Legal: **Informação Pessoal (não classificada) – art. 31 da Lei nº 12.527/2011**.

§ 1º É vedada a inclusão, no campo "Especificação", de diagnóstico, CID, tratamento, deficiência, descrição da condição de saúde ou qualquer outro dado médico-clínico.

§ 2º A finalidade da avaliação pericial deverá ser indicada exclusivamente no documento interno "Requerimento – Solicitação de Avaliação Pericial SIASS", previsto nesta Instrução Normativa.

§ 3º A utilização do nível de acesso Sigiloso tem por finalidade assegurar o controle individualizado de acesso ao processo, mediante credencial, em razão da presença ou possibilidade de inclusão de dados pessoais sensíveis e informações pessoais protegidas.

§ 4º A utilização do nível de acesso "Sigiloso" no SEI, para fins de controle individualizado de acesso mediante credencial, não se confunde com a classificação de informações nos graus de sigilo previstos na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, constituindo medida operacional de proteção das informações pessoais de acesso restrito, nos termos do art. 31 da referida Lei, e dos dados pessoais sensíveis protegidos pela Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, sem implicar sua classificação formal como informação sigilosa.

Art. 7. O requerimento deverá indicar, de maneira objetiva, a finalidade para a qual a avaliação pericial é solicitada.

§ 1º O requerimento deverá conter, conforme a natureza da solicitação:

I – identificação do servidor;

II – unidade de exercício;

III – finalidade da avaliação pericial;

IV – identificação da pessoa cuja condição de saúde fundamenta o pedido, quando distinta do servidor;

V – descrição objetiva da providência administrativa pretendida;

VI – informações administrativas específicas indispensáveis à finalidade selecionada;

VII – declaração de ciência quanto às regras de acesso e tratamento das informações.

§ 2º O requerimento não deverá reproduzir CID, diagnóstico, resultado de exames, tratamento, histórico clínico ou outras informações médico-clínicas além daquelas estritamente necessárias à identificação da finalidade administrativa pretendida.

Art. 8. A documentação médico-clínica deverá ser incluída diretamente no processo sigiloso, vedada sua remessa por correio eletrônico, aplicativo de mensagens ou outro meio que não assegure proteção equivalente, ressalvadas situações excepcionais devidamente justificadas e os procedimentos próprios da unidade SIASS competente.

Art. 9. Os documentos médico-clínicos apresentados pelo interessado deverão observar os requisitos formais estabelecidos pelas normas do respectivo conselho profissional.

§ 1º Quando se tratar de documento médico, deverá conter, no mínimo, identificação do profissional emitente, número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e Unidade da Federação correspondente,

data de emissão, identificação do paciente, assinatura e demais elementos exigidos pela regulamentação aplicável.

§ 2º Quando o profissional se apresentar como especialista, deverá constar o respectivo Registro de Qualificação de Especialista – RQE, quando aplicável.

§ 3º A ausência de RQE não acarretará, isoladamente, a invalidade do documento apresentado, cabendo à perícia oficial avaliar sua suficiência técnica para a finalidade pretendida.

§ 4º Quando a natureza da avaliação exigir manifestação de profissional especialista ou quando a documentação apresentada for insuficiente para subsidiar a avaliação pericial, poderá ser solicitada complementação documental.

CAPÍTULO III
DO CONTROLE E DA CONCESSÃO DE ACESSO

Art. 10. O acesso aos processos disciplinados por esta Instrução Normativa ocorrerá exclusivamente mediante credencial individual.

§ 1º A credencial será concedida somente ao agente que necessite atuar diretamente na instrução, avaliação, análise ou decisão do processo.

§ 2º A vinculação do usuário a determinada unidade administrativa não constitui autorização automática para acesso ao processo.

§ 3º O exercício de função de chefia, coordenação, direção ou assessoramento não constitui, isoladamente, fundamento para concessão de credencial.

Art. 11. Para cada unidade participante do fluxo, poderão ser indicados usuário titular e usuário substituto, responsáveis pelo recebimento das credenciais.

§ 1º A indicação prevista no caput não implica acesso permanente aos processos.

§ 2º A credencial será concedida individualmente somente quando houver necessidade de atuação do usuário indicado.

§ 3º A DGP manterá, em Base de Conhecimento do SEI ou outro ambiente institucional adequado, relação atualizada dos usuários responsáveis pelo recebimento de credenciais nas Coordenações de Gestão de Pessoas – CGPs e na Coordenação de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida – CASQV.

§ 4º A relação deverá conter as informações necessárias à correta localização do usuário no SEI, incluindo nome, unidade correspondente e canal institucional de contato.

§ 5º A atualização dos usuários responsáveis independerá de alteração desta Instrução Normativa.

Art. 12. A concessão de credencial observará a necessidade funcional e a etapa processual correspondente.

§ 1º O agente responsável pela etapa anterior concederá acesso ao agente responsável pela etapa subsequente.

§ 2º A concessão será limitada ao menor número de usuários necessário à regular instrução.

§ 3º Encerrada a atuação de determinada unidade ou agente, deverá ser reavaliada a necessidade de manutenção da respectiva credencial.

§ 4º A credencial deverá ser cassada quando cessada a necessidade funcional que justificou sua concessão.

Art. 13. É vedado:

I – conceder credencial de forma indiscriminada aos usuários de uma unidade;

II – compartilhar senha, credencial ou meio de autenticação;

III – conceder acesso a pessoa sem necessidade funcional;

IV – reproduzir ou compartilhar documentação médico-clínica fora do processo sem fundamento administrativo;

V – utilizar as informações para finalidade distinta daquela que justificou o acesso.

CAPÍTULO IV
DO FLUXO GERAL DE AVALIAÇÃO PERICIAL

Art. 14. Após a abertura e instrução inicial do processo, o servidor requerente deverá conceder a credencial inicial:

I – à Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP da respectiva unidade, quando estiver em exercício em campus;

II – à Coordenação de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida – CASQV, quando estiver em exercício na Reitoria.

§ 1º O servidor deverá consultar previamente a relação institucional atualizada dos usuários responsáveis pelo recebimento de credenciais.

§ 2º Na impossibilidade de identificação do usuário responsável ou em caso de dúvida quanto à concessão da credencial, o servidor deverá contatar a CGP de sua unidade ou a CASQV, conforme o caso, antes de prosseguir.

Seção I
Da atuação das Coordenações de Gestão de Pessoas

Art. 15. No âmbito dos campi, compete à CGP:

I – receber a credencial inicialmente concedida pelo servidor;

II – conferir o preenchimento do requerimento;

III – verificar a existência da documentação administrativa necessária;

IV – proceder às verificações funcionais e cadastrais pertinentes;

V – orientar o servidor quanto à eventual necessidade de complementação de natureza administrativa;

VI – conceder credencial à CASQV para prosseguimento da instrução.

§ 1º A CGP não realizará avaliação do mérito médico ou clínico dos documentos apresentados.

§ 2º A verificação de documentos médico-clínicos pela CGP restringir-se-á, quando necessária, à constatação de sua existência e dos requisitos formais indispensáveis ao encaminhamento da demanda, vedada a emissão de juízo sobre diagnóstico, tratamento, prognóstico ou suficiência clínica.

Seção II
Da atuação da CASQV

Art. 16. Compete à CASQV:

I – receber diretamente os processos dos servidores em exercício na Reitoria;

II – receber dos campi os processos para os quais tenha sido concedida credencial pela respectiva CGP;

III – verificar a adequação formal da instrução necessária ao encaminhamento para avaliação pericial;

IV – orientar quanto à eventual necessidade de complementação documental;

V – promover a interlocução com a unidade SIASS competente;

VI – adotar as providências necessárias à realização da avaliação pericial;

VII – acompanhar o retorno da avaliação;

VIII – promover o regular prosseguimento administrativo após o recebimento do resultado pericial.

§ 1º A CASQV não substituirá a perícia oficial na avaliação clínica nem na conclusão quanto aos requisitos médico-periciais.

§ 2º Os documentos, despachos e pareceres administrativos produzidos pela CASQV deverão observar o princípio da minimização de dados previsto nesta Instrução Normativa.

Seção III
Da avaliação pericial oficial

Art. 17. Compete exclusivamente à perícia oficial ou junta oficial em saúde realizar a avaliação técnica da condição apresentada e emitir o respectivo laudo ou manifestação pericial.

Art. 18. O laudo ou resultado destinado a subsidiar o prosseguimento administrativo deverá conter somente as informações necessárias à finalidade da avaliação e à decisão administrativa.

Parágrafo único. Sempre que a finalidade puder ser atendida sem exposição detalhada da condição de saúde, deverão ser evitados CID, diagnóstico pormenorizado, histórico clínico, resultados de exames e demais informações não indispensáveis.

CAPÍTULO V
DO TRATAMENTO ADMINISTRATIVO POSTERIOR À PERÍCIA

Art. 19. Após o recebimento do resultado da avaliação pericial, a CASQV concederá credencial à Diretoria de Gestão de Pessoas – DGP quando houver necessidade de providência administrativa subsequente.

Art. 20. Compete à DGP:

I – proceder à análise administrativa da solicitação;

II – verificar o atendimento aos requisitos funcionais e normativos próprios da finalidade requerida;

III – solicitar manifestação de outras unidades somente quando indispensável à instrução;

IV – adotar ou propor as providências funcionais decorrentes do resultado pericial;

V – encaminhar o processo à autoridade competente para decisão, quando aplicável.

Art. 21. A DGP não integrará, ordinariamente, a fase inicial de instrução e avaliação pericial, sem prejuízo de sua atuação antecipada quando necessária ao atendimento de requisito administrativo específico.

CAPÍTULO VI
DA PARTICIPAÇÃO DA PRODIN

Art. 22. A Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional – PRODIN participará dos processos quando houver necessidade de manifestação relacionada ao planejamento institucional, à distribuição da força de trabalho ou à definição da unidade de exercício.

Art. 23. Quando provocada pela DGP, compete à PRODIN:

I – avaliar a distribuição institucional da força de trabalho;

II – considerar a estrutura e as necessidades organizacionais do IFRO;

III – verificar a compatibilidade entre cargo, área ou especialidade e as unidades existentes;

IV – subsidiar a definição da unidade de exercício, quando pertinente;

V – avaliar impactos institucionais decorrentes da providência administrativa.

§ 1º A PRODIN não realizará avaliação do mérito clínico ou médico-pericial.

§ 2º A manifestação da PRODIN limitar-se-á às informações administrativas necessárias ao exercício de suas competências.

§ 3º É vedada a reprodução desnecessária de informações médico-clínicas em manifestação da PRODIN.

CAPÍTULO VII
DA REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

Art. 24. A remoção por motivo de saúde será processada nos termos do art. 36, parágrafo único, inciso III, alínea ‘b’, da Lei nº 8.112/1990 e das demais normas aplicáveis.

Art. 25. No Requerimento – Solicitação de Avaliação Pericial SIASS, o servidor deverá indicar a finalidade “Remoção por motivo de saúde” e informar:

I – se o pedido decorre de sua própria condição de saúde ou da condição de cônjuge, companheiro ou dependente;

II – a unidade e a localidade atual de exercício;

III – a localidade ou localidades pretendidas, quando cabível;

IV – outras informações administrativas necessárias à instrução.

Art. 26. Quando o pedido decorrer da saúde de cônjuge, companheiro ou dependente, a unidade de Gestão de Pessoas verificará a correspondente condição nos assentamentos funcionais, observadas as normas aplicáveis.

Art. 27. Concluída a avaliação pericial e reconhecida a necessidade de remoção, o processo será encaminhado pela CASQV à DGP.

Art. 28. Quando o resultado pericial reconhecer a necessidade de remoção sem definir unidade específica de exercício, a DGP concederá credencial à PRODIN para manifestação na forma dos arts. 22 e 23.

Art. 29. Concluída a instrução administrativa, a DGP encaminhará o processo à autoridade competente para decisão.

Art. 30. A participação da chefia imediata, da Direção-Geral ou de outras unidades ocorrerá somente quando necessária à implementação da decisão administrativa.

Parágrafo único. A comunicação às unidades deverá limitar-se às informações necessárias à organização do trabalho e à implementação da movimentação.

Art. 31. O ato de remoção deverá conter somente os elementos administrativos necessários e o respectivo fundamento legal, vedada a inclusão de diagnóstico, CID, tratamento ou outra informação clínica.

CAPÍTULO VIII
DA MINIMIZAÇÃO E DO TRATAMENTO DOS DADOS DE SAÚDE

Art. 32. Os despachos, pareceres, manifestações, memorandos, comunicações, portarias e demais documentos administrativos produzidos no processo deverão observar os princípios da necessidade e da minimização de dados.

Art. 33. Salvo quando estritamente indispensável à finalidade do documento, é vedada a reprodução de:

I – CID;

II – diagnóstico;

III – hipótese diagnóstica;

IV – resultados de exames;

V – medicamentos, tratamentos ou procedimentos terapêuticos;

VI – histórico clínico;

VII – imagens médicas;

VIII – outras informações relativas à condição de saúde em nível de detalhamento superior ao necessário à prática do ato administrativo.

§ 1º A regra prevista neste artigo aplica-se também aos pareceres e manifestações produzidos pela CASQV, pelas CGPs, pela DGP, pela PRODIN e pelas demais unidades administrativas.

§ 2º Sempre que suficiente, o documento administrativo deverá limitar-se a registrar a existência de documentação de saúde, avaliação pericial, laudo ou conclusão técnica pertinente à providência administrativa.

§ 3º A restrição à reprodução prevista neste artigo não impede que a perícia oficial registre as informações clínicas tecnicamente necessárias ao exercício de suas atribuições em ambiente próprio e protegido.

Art. 34. O CID ou diagnóstico constante de documento apresentado pelo próprio servidor ou produzido por profissional de saúde não deverá ser reproduzido em novos documentos administrativos apenas para fundamentar ou contextualizar a tramitação.

CAPÍTULO IX
DOS INCIDENTES E DA ADEQUAÇÃO DOS PROCESSOS EM TRAMITAÇÃO

Art. 35. O agente que identificar concessão indevida de credencial, acesso incompatível com a finalidade do processo, tramitação inadequada ou divulgação de dado pessoal sensível deverá comunicar imediatamente:

I – à unidade responsável pela instrução;

II – à DGP;

III – ao Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais do IFRO, quando cabível;

IV – à unidade responsável pela administração do SEI, quando necessária providência técnica.

Art. 36. Deverão ser preservados os registros de concessão de credenciais, acessos, tramitações e demais elementos necessários à análise da ocorrência.

Art. 37. A identificação de acesso ou tramitação indevida não autoriza a exclusão, alteração ou cancelamento de documento oficial fora das hipóteses previstas nas normas de gestão documental e nas funcionalidades do SEI.

Art. 38. Os processos em tramitação na data de publicação desta Instrução Normativa que se enquadrem em seu objeto deverão ser adequados ao novo procedimento, sempre que tecnicamente possível.

§ 1º Os processos que contenham documentação médico-clínica deverão ter seu nível de acesso e suas credenciais revisados.

§ 2º Deverá ser evitada nova concessão de acesso a agentes que não necessitem conhecer o conteúdo do processo.

CAPÍTULO X
DAS ORIENTAÇÕES OPERACIONAIS

Art. 39. A DGP e a CASQV manterão atualizada a Base de Conhecimento do SEI relativa à Solicitação de Avaliação Pericial SIASS.

Art. 40. A Base de Conhecimento deverá contemplar, no mínimo:

I – procedimento de abertura;

II – tipo processual;

III – nível de acesso e hipótese legal aplicáveis;

IV – orientação de não preenchimento do campo relativo ao grau de sigilo;

V – forma de preenchimento do requerimento;

VI – orientação sobre inclusão da documentação médico-clínica;

VII – identificação dos usuários responsáveis pelo recebimento de credenciais;

VIII – procedimentos para concessão e cassação de acesso;

IX – encaminhamento à unidade SIASS competente;

X – fluxos administrativos posteriores ao resultado pericial.

Art. 41. A DGP e a CASQV poderão atualizar a relação de finalidades disponíveis no Requerimento – Solicitação de Avaliação Pericial SIASS quando houver novas hipóteses legalmente submetidas à avaliação oficial em saúde.

Parágrafo único. A inclusão de nova finalidade no requerimento independerá de alteração desta Instrução Normativa, desde que não implique modificação de competência ou contrarie norma superior.

CAPÍTULO XI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. É vedada a utilização de processo com nível de acesso Público ou Restrito para inclusão e tramitação da documentação médico-clínica abrangida por esta Instrução Normativa.

Art. 43. As dúvidas quanto à instrução médico-pericial serão dirimidas pela CASQV, observadas as competências da unidade SIASS, e as dúvidas de natureza administrativa serão submetidas à DGP.

Art. 44. Os casos omissos serão analisados conjuntamente pela DGP e PRODIN, ouvidas, quando necessário, a CASQV, o Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais e as demais unidades competentes.

Art. 45. Esta Instrução Normativa Conjunta entra em vigor na data de sua publicação.

(Assinado Eletronicamente)
RENATO DELMONICO
Pró-Reitor de Desenvolvimento Institucional – PRODIN
Portaria IFRO n.º 465/2026

(Assinado Eletronicamente)
CLEONICE CABRAL COSTA
Diretora de Gestão de Pessoas
Port.IFRO n° 1.196/2023

(Assinado Eletronicamente)
RENATO NUNES VIEIRA
Chefe do Depto. de Administração de Pessoal
Portaria IFRO nº 1.272/2023

(Assinado Eletronicamente)
MAYARA DA SILVA SOUSA
Coordenador de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida
Port. IFRO 2228/2024

Documento assinado eletronicamente por **Renato Delmonico**, **Pró-Reitor de Desenvolvimento Institucional**, em 15/10/2026, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Renato Nunes Vieira**, **Chefe do Departamento de Administração de Pessoal**, em 15/10/2026, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Cleonice Cabral Costa**, **Diretor(a) de Gestão de Pessoas**, em 15/10/2026, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Mayara da Silva Sousa**, **Coordenador(a) de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida**, em 15/10/2026, às 17:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ifro.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3181921** e o código CRC **47ED4CB7**.

Referência: Processo nº 23243.003980/2025-10 SEI nº 3181921