FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

PREFEITURA DE CANOAS

SUS

| FORMULÁRIO DE<br>AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO E COMPENSAÇÃO DE HORAS EXCEDENTES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nome do trabalhador: | | | | | | | |
| Cargo: | | | | | | Matrícula: | |
| Lotação: | | | | | | | |
| Data da Hora **Excedente** | Total Horas **Realizadas** | **Motivo da realização das horas excedentes** | Data da **Compensação** | Total Horas **Compensadas** | Rubrica **Trabalhador** | Rubrica **Gestor (a) Técnico (a)** | Rubrica **Gestor (a) Administrativo (a)** |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Estando em pleno acordo, assinam o presente, em quantas vias forem necessárias para justificar as horas realizadas e à compensar em sua(s) respectiva(s) folha(s) ponto.

Canoas, _____de _____de 20 ____.

_____
Assinatura do Trabalhador

_____
Assinatura e Carimbo do Gestor (a) Técnico (a)