



<b>TERMO DE REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS HORAS EXTRAS EMERGENCIAL</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR EM HORAS EXTRAS</b>		
<b>NOME:</b>		<b>MATRÍCULA:</b>
<b>CARGO:</b>	<b>LOCAL DE LOTAÇÃO:</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE/SETOR GERADOR DAS HORAS EXTRAS</b>		
<b>UNIDADE DE SAÚDE/SETOR:</b>		
<b>CHEFIA IMEDIATA:</b>		
<b>CARGO/FUNÇÃO:</b>		<b>MATRÍCULA:</b>
<b>JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS EMERGENCIAL:</b>		
<input type="checkbox"/> Cobertura de escala - COVID-19 <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Cobertura da escala por ausência - falta ou atestado <input type="checkbox"/> Outro Motivo – especificar: _____		
<b>DETALHAMENTO DAS HORAS EXTRAS MENSAL</b>		
<b>MES/ANO DE REALIZAÇÃO DAS HORAS EXTRAS:</b> _____ /20_____		
DATA	HORÁRIO	Nº DE HORAS
DE ____ / ____ /20__ A ____ / ____ /20__		
DE ____ / ____ /20__ A ____ / ____ /20__		
DE ____ / ____ /20__ A ____ / ____ /20__		
<b>TOTAL DE HORAS EXTRAS REALIZADAS NO MÊS:</b>		
<b>CHEFIA RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO DAS HORAS EXTRAS:</b>		
Responsabilizo-me pela realização das horas extras acima relacionadas, devido a necessidade emergencial do serviço.		
_____ Chefe de Seção Técnica/Enfermeiro de PSF carimbo e assinatura  Data: ____ / ____ /20__	_____ Chefe de Seção Médica/Divisão Carimbo e assinatura  Data: ____ / ____ /20__	
<b>Preenchimento do DGP – Departamento de Gestão de Pessoas</b>		
Lançado em folha de pagamento mês: _____ /20_____	Resp.: _____ Data: ____ / ____ /20__	