IMESF
INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PORTO ALEGRE-RS

Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde

SUS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO E COMPENSAÇÃO DE BH

Nome: _____

Matrícula: _____ GD: _____

Lotação: _____

DATA	HORAS REALIZADAS	HORAS COMPENSADAS	MOTIVO DA REALIZAÇÃO DE HORAS EXCEDENTES*
TOTAL			

***** Preencher este campo com o motivo da realização de banco de horas. Quando for o caso, preencher como FOLGA AUTORIZADA

* Quando se tratar de folga eleitoral, favor preencher com a informação “FOLGA TRE”.

* Horas de folga deverão sempre ser combinadas com 72h de antecedência com sua chefia imediata.

CIÊNCIA DO (A) FUNCIONÁRIO (A)	AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA
_____ Funcionário (a)	_____ Chefia Imediata
Data:	Data: