



FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE ABONO DE PONTO E AUXÍLIO FINANCEIRO
PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL

1. O trabalhador requerente deverá preencher de forma integral os anexos I (Solicitação de Incentivo para Formação Profissional Individual) e II (Termo de Compromisso).
2. No caso de solicitação de auxílio financeiro (inscrição, passagens e/ou hospedagem) é indispensável anexar seus respectivos orçamentos.
3. No caso de pagamento da inscrição, o requerente deverá anexar ao pedido à impressão do site oficial do evento, indicando valor de inscrição.
4. No caso de solicitação de hospedagem, o requerente deverá anexar ao pedido 3 (três) orçamentos. Quando autorizado, será concedido o de menor valor.
5. No caso de solicitação de passagens aéreas, o requerente deverá anexar ao pedido 3 (três) orçamentos. Quando autorizado, será concedido o de menor valor.
6. O trabalhador deverá entregar anexos I, II e respectiva programação da atividade na Unidade de Residências Profissionais e Estágios - URPE – Sede da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas – Sapucaia do Sul, com no mínimo 7 (sete) dias de antecedência da data de início do evento para abono de ponto e com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência da data de início do evento para solicitações de inscrições, hospedagens e passagens.
7. A URPE realizará a análise prévia e entrará em contato com o requerente se avaliar necessário esclarecimento adicional e/ou materiais complementares.
8. A URPE encaminhará sua análise, juntamente com os recebidos pelo requerente, à Direção de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas.
9. Caberá à Direção de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (DGDP) deferir ou indeferir as solicitações encaminhadas pela URPE.
10. Nos casos específicos de abono de ponto caberá à Direção de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas encaminhar à Unidade de Residências Profissionais e Estágios resposta (por escrito) de deferimento ou indeferimento.

UNIDADES:



11. A Direção de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (DGDP) encaminhará sua análise, juntamente com os recibos pela URPE, à Gestão Financeira da FHGV caso tenha incentivo financeiro solicitado.
12. Caberá à Gestão Financeira da FHGV informar a previsão orçamentária para Educação em Saúde da Unidade do trabalhador requerente e encaminhar análise prévia à Direção Administrativa e Financeira da FHGV.
13. Caberá à Direção Administrativa e Financeira da FHGV deferir ou indeferir as solicitações encaminhadas pela URPE.
14. Caberá à URPE esclarecer possíveis dúvidas sobre os pedidos recebidos diretamente com o trabalhador requerente.
15. Caberá à Direção Administrativa e Financeira da FHGV encaminhar à URPE a resposta (por escrito) de deferimento ou indeferimento. Independente do resultado, a resposta deverá ser encaminhada em conjunto com o material recebido para URPE.
16. Caberá à URPE informar/ dar o retorno ao requerente.
17. Caso haja deferimento do pedido, caberá à URPE solicitar ao requerente informações sobre método de pagamento (ex. boleto de cobrança, conta para depósito).
18. Caberá à URPE encaminhar às solicitações de pagamento, previamente autorizadas pela Direção Administrativa e Financeira, à Unidade de Gestão Financeira.
19. Caberá à Unidade de Gestão Financeira encaminhar à URPE os respectivos comprovantes de pagamento.
20. A URPE deverá repassar os comprovantes ao requerente.
21. O trabalhador, requerente, deverá preencher o anexo III (Prestações de Comprovação de Participação em Formação Individual) e entregá-lo com comprovantes de participação na URPE, no máximo em 5 (cinco) dias úteis após encerramento de evento.
22. A URPE deverá encaminhar por e-mail à chefia imediata do trabalhador e Unidade de Gestão de Pessoas as informações para abono de ponto.

UNIDADES:



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO PARA FORMAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL

TIPO DE INCENTIVO:

() ABONO DE PONTO

AUXÍLIO FINANCEIRO: () INSCRIÇÃO () PASSAGENS () HOSPEDAGEM

Nome do Trabalhador: _____

Cargo: _____

Matrícula: _____

Setor/ Unidade: _____

Telefone para contato: _____

E-mail para contato: _____

Atividade de Interesse (título da atividade)*: _____

Entidade organizadora: _____

Período: _____

Justificativa de participação (relação com o cargo/ função atual. Redija justificativa que indique a relevância da participação): _____

*ANEXAR DOCUMENTOS DA PROGRAMAÇÃO OFICIAL DO EVENTO

Trabalhador Solicitante

Chefia Responsável

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526 / UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082
Clisam - (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____

declaro ciência de que, quando certificado(a) em atividade incentivada pela FHGV, fico comprometido(a) a contribuir com os conhecimentos adquiridos na atividade em questão, podendo ser convocado(a), a qualquer momento, a multiplicar os conhecimentos em atividades para formação interna da Instituição.

Estou ciente de que minha recusa acarretará na penalidade disciplinar.

Trabalhador Solicitante

Chefia Responsável

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526 / UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082
Clisam - (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul - 192



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

ANEXO III

PRESTAÇÃO DE CONTAS: COMPROVAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM FORMAÇÃO INDIVIDUAL

TIPO DE INCENTIVO CONCEDIDO

() ABONO DE PONTO AUXÍLIO FINANCEIRO: () INSCRIÇÃO () PASSAGENS* () DIÁRIAS*

Nome do Trabalhador: _____

Cargo: _____

Matrícula: _____

Setor/ Unidade: _____

Atividade Realizada: _____

Período: _____

O documento para comprovação deverá apresentar: o nome do empregado; o nome completo da atividade; os dados da instituição promotora da atividade (logomarca, timbre ou identidade visual e CNPJ); assinatura e identificação do responsável pela atividade ou número de registro para autenticação eletrônica; período de realização do evento e carga horária.

** Em caso de financiamento de passagens e/ou diárias é exigido, complementarmente ao já disposto, cópia dos respectivos comprovantes.*

Trabalhador Solicitante

Chefia Responsável

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
UPA Lajeado - (51) 3982.1473 / UPA Viamão - (51) 3054.7526 / UPA Areal (Pelotas) (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082
Clisam - (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul - 192