



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 FÉRIAS

Nome			Matrícula
Unidade / Filial	Setor:		
PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS		ALTERAÇÃO / EXCLUSÃO	
Período Aquisitivo: ____ / ____		Período Aquisitivo: ____ / ____	
Início ____ / ____ / ____ 30 dias		Início ____ / ____ / ____ 30 dias	
Adiantamento 13º salário - () SIM		Adiantamento 13º salário - () SIM	
No caso de fracionamento (ver abaixo):		No caso de fracionamento (ver abaixo):	
Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM		Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM	
Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM		Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM	
Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM		Início ____ / ____ / ____ () dias – 13º () SIM	
Opções para o agendamento / fracionamento			
* 30 dias de uma só vez * 15 dias fracionados em dois períodos = 15+15 * 10 dias e outro em 20 dias (ou vice versa) = 10+20 / 20+10 * 15 dias, 10 dias e 5 dias, podendo ser alternados = 15+10+5			
Informações Adicionais			
1)Será permitido ao empregado solicitar o adiantamento do 13º salário nos meses de fevereiro a novembro, respeitando os prazos legais. 2)Nos casos de fracionamento das férias, o adiantamento de 13º salário poderá ser concedido uma vez a cada ano do exercício calendário. 3)Os períodos fracionados devem ser gozados dentro de período concessivo, até o 11º mês após o aniversário de contrato do empregado. 4)A solicitação deverá ser encaminhada no prazo de até o dia 10 do segundo mês que antecede o gozo das férias. 5)O trabalhador deverá comparecer obrigatoriamente à Unidade de Gestão de Pessoas para assinatura do recibo de férias antes da saída do mesmo, portando a CTPS para registro e atualização. Dúvidas poderão ser esclarecidas na UGP – Fone: 3451 8200 – Ramal 186 – Email: ugp.ferias@fhgv.com.br			
Assinatura do empregado:		Data: ____ / ____ / ____	
Assinatura da chefia:		Carimbo e assinatura: Data: ____ / ____ / ____	
Justificativa: Alteração / Exclusão:			
UGP Folha de Pagamento – Férias			
Recebido por:		Matrícula:	Data:

Unidades

Hospital Municipal Getúlio Vargas – (51) 3451.8200 / Hospital Tramandai – (51) 3684.0300 / SAMU – 3453.1079
UPA Lajeado – (51) 3982.1473 / UPA Areal Pelotas – (53) 3226.3622 / UPA Sapucaia do Sul – (51) 3450.3082 / Clisam – (51) 3474.0169