



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO AMPLIAÇÃO DE CARGA HORÁRIA

UNIDADE: _____ SETOR: _____

OBJETO: Ampliação de carga horária de _____ horas semanais para _____ horas semanais

CARGO: _____

JUSTIFICATIVA DO GESTOR:

ASSINALAR A ESCALA DE TRABALHO RESULTANTE:

	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
HORÁRIO DIURNO							
HORÁRIO NOTURNO							

DATA DO PEDIDO: ____ / ____ / ____

CHEFIA IMEDIATA

COORDENAÇÃO/DIREÇÃO

EMPREGADO (A): _____ MATRÍCULA: _____

O (A) empregado (a) manifesta interesse na ampliação solicitada pela Direção/Coordenação e está ciente dos seguintes termos:

- A ampliação deve ser autorizada pela Diretoria Geral da Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul e firmada por aditivo contratual de trabalho;
- O (a) empregado (a) perceberá ajuste salarial proporcional à nova jornada de trabalho;
- Eventual solicitação de retorno à jornada original só poderá ser encaminhada pelo (a) empregado (a) após transcorridos, no mínimo, 03 (três) meses da data da ampliação;
- A jornada de trabalho diária não poderá exceder 12h consecutivas;
- Deve ser obedecido o intervalo interjornada de 11h entre os plantões realizados;
- Deve ser respeitada a folga em um domingo por mês, não sendo possível realizar plantões fixos aos domingos.

EMPREGADO (A)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas - (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí - (51) 3684.0300
UPA Sapucaia do Sul - (51) 3450.3082 / Clisam - (51) 3474.0169
SAMU Sapucaia do Sul - 192