

NECESSIDADE INSTITUCIONAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Mês/ Ano da Admissão: _____
Cargo: _____ Matrícula: _____ Ramal: _____
Setor de Origem: _____ Horário de Origem: _____

SOLICITAÇÃO DE REALOCAÇÃO PARA

Setor de destino: _____
Horário de destino: _____ Noite: Par () Ímpar ()
Somente para o cargo **Técnicos em Radiologia**: Turma: () 1 () 2 () 3 () 4

Data da realocação: ___/___/_____

JUSTIFICATIVA DE REALOCAÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indicação de saúde. | <input type="checkbox"/> Demanda da Covid-19. |
| <input type="checkbox"/> Permanência do empregado temporário em vaga definitiva. | <input type="checkbox"/> Sem inscritos em processo de realocação aberto. |
| <input type="checkbox"/> Exoneração de função gratificada. | <input type="checkbox"/> Retorno de afastamento. |
| <input type="checkbox"/> Ocupação provisória (até 30 dias). | <input type="checkbox"/> Abertura e fechamento de serviço. |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador Reintegrado. | <input type="checkbox"/> Indicação para desenvolvimento. |
| | <input type="checkbox"/> Abertura de sindicância. |
- _____

AUTORIZAÇÕES

Assinatura e carimbo da Chefia imediata

___/___/_____

Assinatura Gerente da Área

___/___/_____

Assinatura Diretor da Área

___/___/_____

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