|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE HORAS:** **COMPARECIMENTO À CONSULTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE, TRATAMENTO, PROCEDIMENTO OU EXAME, POR UMA FRAÇÃO DO DIA PARA O SERVIDOR OU PARA ACOMPANHAMENTO FAMILIAR** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS DO SERVIDOR | | |
| NOME: | | SIAPE: |
| CARGO: | | LOTAÇÃO: |
| RAMAL: | TELEFONE (CONTATO): | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR | |
| NOME: | SIAPE: |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | RAMAL: |

|  |
| --- |
| DADOS DA DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO |
| O comparecimento à consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimento ou exame, por uma fração do dia ocorreu em necessidade:  Servidor  Familiar |
| Preencha a(s) data(s) e horários(s), conforme consta(m) na(s) declaração(ões) |

**1-** O comparecimento à consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimento ou exame, por uma fração do dia, deverá ser comprovado mediante declaração de comparecimento a qual será anexada a este formulário.

**2-** Somente será justificado o horário expressamente descrito na declaração. O horário de percurso ficará a critério da chefia imediata, observando a conveniência e oportunidade, em abonar as horas ou autorizar o servidor a compensar as horas não trabalhadas, conforme a legislação em vigor.

Estou ciente das informações acima,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do servidor / representante |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciente. |  |  |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura e carimbo da chefia imediata |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar o formulário

2- Anexar declaração de comparecimento

3- Ciência da chefia imediata do servidor

4- Encaminhar para a SUGEPE/DSQV (Campus Santo André - Bloco A – Subsolo – Sala S16) **impreterivelmente até 5 (cinco) dias corridos** contados da data de início do afastamento

v.30.03.2016