Anexo I

|  |  |
| --- | --- |
| FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DO CONTROLE DE FREQUÊNCIA | |
| NOME: | Lotação (Sigla)  CEAVI - IBIRAMA |
| SETOR: | DATA (OU PERÍODO DA OCORRÊNCIA):  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| MEDIANTE AUTORIZAÇÃO  ( ) Faltas ( ) Atrasos ( ) Saídas Antecipadas ( )Troca de Horário//Data  ( ) Atividade fora da Instituição ( ) Esquecimento de Registro ( ) Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: . . . . ./. . . . . /. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Assinatura do Servidor |
| **Plano de Afastamento e Reposição – Decreto nº 2.194 de 11 de março de 2009**   |  |  | | --- | --- | | **Data /Período/ Horas do Afastamento** | **Data(s)/ Horários/ Reposição** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   Parecer da Chefia Imediata:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) De acordo ( )Não autorizado  Data: . . . . ./. . . . . /. . . . . . . . . |

|  |
| --- |
| INSTRUÇÕES AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS (Espaço preenchido pela DA e/ou CRH)  ( ) Autorizado (abonar) ( ) Não autorizado (descontar legalmente)  Observação: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..  Data: . . . . ./. . . . . /. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Assinatura do Chefe Imediato  Data: . . . . ./. . . . . /. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Assinatura do Coordenador de RH |