



() Servidor cedido

() Empregado CLT – Fundação Saúde

1. DADOS

Nome: _____

Cargo: _____

Unidade de Lotação: _____

Setor: _____

Escala de trabalho: _____

CPF: _____

E-mail: _____

2. AUSÊNCIA

() Do dia ____/____/____

() Entrada do dia ____/____/____

() Saída do dia ____/____/____

3. JUSTIFICATIVA (em letra legível)

4. AUTORIZAÇÃO

Assinatura do interessado: _____

Parecer da Chefia Imediata: () De acordo () Não autorizo

Assinatura e carimbo: _____

Parecer da Direção Médica: () De acordo () Não autorizo

Assinatura e carimbo: _____

Parecer da Direção Geral: () De acordo () Não autorizo

Assinatura e carimbo: _____

Observações:

- O formulário só será enviado à Fundação Saúde para avaliação, mediante preenchimento de todos os campos e com as devidas assinaturas;
- Caso o funcionário não seja subordinado à diretoria médica não há necessidade de autorização da mesma;
- Caso a chefia e/ou direção preencha o campo “não autorizo” o formulário será devolvido ao solicitante e não será concedido o abono;
- O abono será objeto de avaliação e autorização pela direção da Fundação Saúde e, após concedido, será lançado no controle de frequência e não será devolvido ao solicitante;
- Caso seja indeferido o pedido de abono pela direção da Fundação Saúde o formulário será devolvido ao solicitante;
- O presente formulário não será avaliado caso a justificativa seja por ausência médica. Nos pedidos de participação em eventos de capacitação, há formulário específico para preenchimento.