

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO - PISO DA ENFERMAGEM

NOME			CARGO
CPF			MATRÍCULA
TEL		UNIDADE	SETOR
E-MAIL			

1. MOTIVO DA ABERTURA DO PROCEDIMENTO

☐	DISCORDO DO VALOR RECEBIDO
☐	VALOR ZERADO
☐	CPF NÃO CONSTA NA PLANILHA DO INVESTSUS
☐	OUTRO MOTIVO QUAL? _____

2. ESTAVA AFASTADO PELO INSS NO MÊS DE MAIO/2023?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

3. POSSUI 2 VÍNCULOS NA MESMA UNIDADE?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

4. TRABALHA EM OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO OU PRIVADO?

☐ SIM	☐ NÃO
------------------------------	------------------------------

2.1.	SE SIM, ONDE? _____
2.2.	QUAL A CARGA HORÁRIA? _____ HORAS

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura