Justificativa de Horário Contraturno

UBS:

Funcionário:

Função:

Horário fixo:

Mês de referência:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONTRATURNOS | | | |
| DATA | DIA | ATIVIDADE | HORÁRIO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total horas Fixas: Horas contraturnos: Total da semana: | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total horas Fixas: Horas contraturnos: Total da semana: | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total horas Fixas: Horas contraturnos: Total da semana: | | | |
| CONTRATURNOS | | | |
| DATA | DIA | ATIVIDADE | HORÁRIO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total horas Fixas: Horas contraturnos: Total da semana: | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total horas Fixas: Horas contraturnos: Total da semana: | | | |

|  |
| --- |
| Sábado 4 horas |
| DATA:  ATIVIDADE:  HORÁRIO: |

Justificativas Gerais:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Parecer e assinatura Enfermeiro coordenador da UBS:

Parecer e assinatura Gerente da Regional :