

Seropédica: _____ / _____ / _____

Ao Decanato de Assuntos Administrativos

De acordo com a proposta de jornada de trabalho apresentada abaixo, solicitamos, nos termos do Decreto Nº. 948 de 1993, a autorização para a prestação de serviço extraordinário.

| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | |
|---------------------------|--------|
| Nome | SIAPE: |
| Cargo | |
| Lotação de Exercício: | |

| JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DE SERVIÇO EM HORÁRIO EXTRAORDINÁRIO |
|--|
| |
| |

| ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS EM HORÁRIO EXTRAORDINÁRIO |
|--|
| |
| |

| INDICAÇÃO DA FORMA DE CONTROLE DA FREQUÊNCIA DO SERVIDOR NO HORÁRIO EXTRAORDINÁRIO: |
|---|
| |

| DETALHAMENTO DO HORÁRIO E DO NÚMERO DE HORAS EXTRAS POR DIA |
|--|
| Limite de horas extras permitidas pela legislação: 2 h por dia, 44 h por mês e 90 h por ano |
| Observação: Não informar hora extra para sábado/domingo e feriados. |

| Mês: | | | | Mês: | | | | Mês: | | | |
|----------------|---------|-----|---------|----------------|---------|-----|---------|----------------|---------|-----|---------|
| Dia | Horário | Dia | Horário | Dia | Horário | Dia | Horário | Dia | Horário | Dia | Horário |
| 1 | | 16 | | 1 | | 16 | | 1 | | 16 | |
| 2 | | 17 | | 2 | | 17 | | 2 | | 17 | |
| 3 | | 18 | | 3 | | 18 | | 3 | | 18 | |
| 4 | | 19 | | 4 | | 19 | | 4 | | 19 | |
| 5 | | 20 | | 5 | | 20 | | 5 | | 20 | |
| 6 | | 21 | | 6 | | 21 | | 6 | | 21 | |
| 7 | | 22 | | 7 | | 22 | | 7 | | 22 | |
| 8 | | 23 | | 8 | | 23 | | 8 | | 23 | |
| 9 | | 24 | | 9 | | 24 | | 9 | | 24 | |
| 10 | | 25 | | 10 | | 25 | | 10 | | 25 | |
| 11 | | 26 | | 11 | | 26 | | 11 | | 26 | |
| 12 | | 27 | | 12 | | 27 | | 12 | | 27 | |
| 13 | | 28 | | 13 | | 28 | | 13 | | 28 | |
| 14 | | 29 | | 14 | | 29 | | 14 | | 29 | |
| 15 | | 30 | | 15 | | 30 | | 15 | | 30 | |
| | | 31 | | | | 31 | | | | 31 | |
| TOTAL DE H.E . | | | | TOTAL DE H.E . | | | | TOTAL DE H.E . | | | |

| | |
|---|---|
| Chefe Imediato Assinatura e carimbo | Dirigente da Unidade Assinatura e Carimbo |
|---|---|

| | |
|--|---|
| À CONSIDERAÇÃO DO MAGNÍFICO REITOR DAA _____ / _____ / _____ Decano de Assuntos Administrativos | AUTORIZO () NÃO AUTORIZO () Ao Departamento de Pessoal para providências Reitoria _____ / _____ / _____ Reitor |
|--|---|

À Seção de Pagamento para efetuar o pagamento e as devidas anotações na ficha do servidor

DP ____/____/____

Diretor do Departamento de Pessoal

À Chefia imediata para conhecimento/controlar e para dar ciência ao servidor quanto ao pagamento das horas extras. Posteriormente encaminhar para o arquivo geral.

SCP ____/____/____

Seção de Controle de Pagamento

Ao servidor para ciência.

Em, ____/____/____

Assinatura Chefia Imediata

Declaro estar ciente do pagamento relativo às horas extras.

Em, ____/____/____

Assinatura do servidor

À SAPG para arquivar.

Em, ____/____/____

Assinatura do responsável pelo arquivamento