



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Praça 10 de Agosto n. 10 Centro, CEP: 29-590-000
CNPJ: 27.174.127/ 0001-83- Divino de São Lourenço – ES
Tel.(28)-3551-1186/1177- Fax-3551-1166
www.dslourenco.es.gov.br/gabinete@dslourenco.es.gov.br

Divino de São Lourenço ____ de ____ de ____

A Secretaria Municipal de Administração,

Na condição de Secretário (a) Municipal de _____ venho através do presente requerer de Vossa Senhoria que, junto ao setor de Recursos Humanos, possa autorizar:

HORAS EXTRAS INDENIZADAS	<input type="checkbox"/> A conversão de _____ horas extras mensais, apuradas no relatório de ponto do servidor _____, em pecúnia.
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HORAS EXTRAORDINÁRIAS AUTORIZADAS	<input type="checkbox"/> O cômputo de _____ horas extras mensais, apuradas no relatório de ponto do servidor _____ para formação de banco de horas, a serem descontadas no mês posterior ou subsequente .
	<input type="checkbox"/> O não lançamento para desconto de _____ horas falta, apuradas no relatório de ponto do servidor _____ por se tratar de compensação de horas acumuladas em banco de horas, anteriormente autorizadas no mês de _____.

Ass. e carimbo do Chefe Imediato.

Ciência do servidor Ass. e Matrícula

Da Secretaria Municipal de Administração ao SRH:

Deferido. Para lançamento e arquivo

Indeferido. Para arquivo.

Secretário (a) de Administração
Assinatura e carimbo