

**CIUENP - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO
NOROESTE DO PARANÁ SAMU 192
NOROESTE DO PARANÁ**

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE HORAS EXTRAS

Esta Coordenação autoriza o pagamento de trabalho extraordinário dos funcionários abaixo relacionados relativos à competência _____/_____/_____.

Nome	Cargo	Data Ocorrência	Hr. Início Intervalo	Hr. Início e Fim Atendimento	Número Atendimento	Total de Horas	Observação
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	
		---/---/----	---:---	---:--- / ---:---		---:---	

Obs.: Carga Horária será confirmada conforme registro de ponto.

AUTORIZADO EM ____/____/_____.

Coordenador Responsável
(carimbo e assinatura)

Obs.: Este formulário deverá ser enviado mensalmente à Divisão de Recursos Humanos até o dia 05 de cada mês.