





FUNDAÇÃO MUNICIPAL **DE SAÚDE DE CANOAS**

FORMULÁRIO - Gestão de Pessoas

MOVIMENTAÇÃO INTERNA - SEDE E UNIDADES

Elaboração:

Matrícula:			
Setor do Colaborador:			
Cargo do Gestor:			
Data de Admissão:			
TIPOS DE MOVIMENTAÇÃO			
() Promoção () Com Alteração na Função () Com Alteração Salarial			
() Alteração de Setor / Centro de Custo () Local de Trabalho			
() Alteração de Horario de Trabalho			
() Transferência			
() Desligamento :/			
TIPO DE DESLIGAMENTO			
() Demissão sem justa causa () Demissão por justa causa () Pedido de demissão			
Tipo de Desligamento: () Trabalhado () Indenizado			
MOVIMENTAÇÃO			
DADOS PROPOSTOS (Para)			
Função:			
Local / Centro de Custo:			
Salário:			
Horário de trabalho / Escala de Trabalho:			
CAMPO DE PREENCHIMENTO SESMT			
Há alterações de riscos ocupacionais? () Sim () Não			
Há necessidade de realizar exames complementares? () Sim () Não			
Há necessidade de passar pelo serviço de medicina de trabalho? () Sim () Não			
Há alteração no % de Insalubridade? () Sim () Não Se sim, qual o novo percentual? () %			
Data agendada para atendimento Medicina do Trabalho:/			
Colaborador liberado para mudança de função? () Sim () Não, Porque?			
JUSTIFICATIVA DA MOVIMENTAÇÃO:			
A MOVIMENTAÇAO:			







Data para efetivação da Movimentação:/		
Portaria a ser emitida:		
Assinatura do Gestor	Assinatura do Diretor de Gestão de Pessoas	SESMT