



SOLICITAÇÃO DE REMANEJAMENTO – CENTRO DE CUSTO

Nome do empregado a ser remanejado: _____

Função: _____ Registro nº: _____

Centro de Custo **Atual**: _____ Ramal: _____ Setor/Seção/Serviço: _____

Centro de Custo **Destino**: _____ Ramal: _____ Setor/Seção/Serviço: _____

Previsão de Início do Remanejamento: ____/____/____ (Data passará por validação do RH da FAMAR)

CONDIÇÕES E MOTIVOS DO REMANEJAMENTO:

☐ Definitivamente – Justificativas:

☐ Temporariamente – Justificativas:	Atestado Médico
	Licença Gestante/ Lactante
	Necessidade do Serviço
Outras Observações:	
☐ Retorno Previsto em: ____/____/____	☐ INSS – Sem previsão:

Ciente e De acordo - Empregado

Ciente e De acordo – Chefia Imediata

Assinatura Data: ____/____/____

Assinatura Data: ____/____/____

Parecer da Chefia Imediata do local para o qual o empregado está sendo remanejado:	
	Data: ____ / ____ / ____ Carimbo e assinatura

Parecer da Diretoria da área para a qual o empregado está sendo remanejado:	
	Data: ____ / ____ / ____ Carimbo e assinatura

Parecer do Departamento de Gestão de Pessoas HCFAMEMA (quando couber):	
	Data: ____ / ____ / ____ Carimbo e assinatura

Parecer da Superintendência do HCFAMEMA (quando couber):	
	Data: ____ / ____ / ____ Carimbo e assinatura

Parecer do Diretor Geral da FAMEMA (quando couber): Anexar deliberação junto à SDE.	
	Data: ____ / ____ / ____ Carimbo e assinatura