



FORMULÁRIO – Gente e Gestão

**REGISTRO DE SUSPENSÃO DISCIPLINAR**

Código: F.052

Versão: 00

Elaboração: 03/08/2022

Empregado:		Matrícula:	
Cargo do empregado:	Unidade: ( ) sede ( ) Hospital .....	Setor do empregado:	
Gestor Responsável/Aplicador da ação:		Cargo do Gestor/Aplicador:	

Informamos que V.Sa. apresentou comportamento que ensejou a aplicação da sanção disciplinar de suspensão, nos termos do artigo 494 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho):

Descrição do Ato: ..... ..... ..... ..... .....
Local da Ocorrência:
Data da ocorrência:

A SUSPENSÃO aplicada será por ..... (.....) dias consecutivos, a partir desta data, sem remuneração.

A reincidência ou o cometimento de outras faltas de qualquer natureza, previstas na CLT e/ou em desacordo com as normas internas da Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba, poderão ensejar medidas cabíveis, de acordo com a legislação vigente, como a rescisão do contrato de trabalho por justa causa.

O retorno ao trabalho deverá ocorrer em ...../...../.....

-----  
Assinatura do Empregado

<b>Nome da Testemunha 1:</b> <b>Assinatura:</b>	<b>Cargo e Matrícula:</b>
<b>Nome da Testemunha 2:</b> <b>Assinatura:</b>	<b>Cargo e Matrícula:</b>

Data da aplicação: ...../...../.....	Assinatura Gestor/Aplicador:	Gerência de Gente e Gestão ou Coordenação de RH da unidade hospitalar:  Data:                      Assinatura:
---	------------------------------	--

Obs.: Após a aplicação da suspensão e assinaturas, o documento deverá ser enviado à Gerência de Gente e Gestão ou RH da unidade hospitalar para registro e arquivamento na pasta funcional.