SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE COORDENADORIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULÁRIO DE: | | | A T E S T A D O D E F R E Q U Ê N C I A | | | | | 03 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | | | | | | | |
| **COORDENADORIA** | | | | | | | | |
| UA: | | | DENOMINAÇÃO: | | | | | |
| MUNICÍPIO: | | | | MÊS/ANO/REF: | | | UCD: | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | | | | | | |
| RG: | | | | | | RS/PV/EX: | | |
| NOME: | | | | | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO: | | | | | | | | |
| DADOS PARA PAGAMENTO / REPOSIÇÃO | | | | | | | | |
| PERÍODO: DE  **ATÉ** | | | | | | | QTDE DIAS | |
| **A F A S T A M E N T O S** | FÉRIAS | | | | | |  | |
| JURI E OUTROS SERVIÇOS OBRIGATÓRIOS POR LEI | | | | | |  | |
| GALA | | | | | |  | |
| NOJO | | | | | |  | |
| ABONADA | | | | | |  | |
| FALTA MÉDICA | | | | | |  | |
| RETIRADAS / ENTRADAS TARDE / IAMSPE | | | | | |  | |
| LICENÇA SEM VENCIMENTOS | | | | | |  | |
| L I C E N Ç A S | GESTANTE ART. 198 | | | | |  | |
| PRÊMIO | | | | |  | |
| SAÚDE - ARTS. 191/193 - ITEM | | | | |  | |
| SAÚDE PESSOA DA FAMÍLIA ART. 199 | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| FALTAS JUSTIFICADAS | | | | |  | |
| FALTAS INJUSTIFICADAS | | | | |  | |
| AUXÍLIO TRANSPORTE - QUANTIDADE DE DIAS: | | | | | | | | |
| **OBSERVAÇÕES** | | | | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | |
| LOCAL:  DATA:  PREENCHIDO POR: | | | | |  | | | |