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:  |  |