## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE COORDENADORIA XXXXXXXXXXXXX

UA

CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO Nº: Processo nº:

MOTIVO: **ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO**

ORGÃO EXPEDIDOR:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME: | RG.: | RS-PV: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGO/FUNÇÃO ATIVIDADE | PADRÃO | SUBQUADRO | CATEGORIA |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO DA U.A | DENOMINAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA |
|  |  |

NOMEADO:

INÍCIO SERVIÇO PÚBLICO:

PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FREQUÊNCIA (em dias) | | DEDUÇÕES | | | | | TEMPO LÍQUIDO |
| ANOS | TEMPO BRUTO | FALTAS | LICENÇAS | SUSPENSÃO | OUTRAS | SOMA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL SOMA: | | | | | |  |  |
| FONTE DE INF: | FICHA FUNCIONAL E PRONTUÁRIO **SOMA DO TEMPO LÍQUIDO** | | | | | |  |
| CERTIDÃO:  Certifico que, no período acima, o interessado conta, de efetivo exercício, o Tempo de Serviço Líquido de: xxx dias, ou seja xxano(s), mes(es) e dia(s). | | | | | | | |

Lavrei a Certidão que não contem emendas e nem rasuras.

Local, em

Elaborado por:

OBSERVAÇÕES:

# Elaborado por: