



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO DE HORÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

UNIDADE:

CRS Leste CRS Norte CRS Sul CRS Sudeste CRS Centro Oeste Covisa/CCZ SAMU SMS.G

HMME Cachoeirinha

Endereço: Nº

Bairro: Tel.:

2. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR "assinalar se é servidor da PMSP, Estadual (municipalizado) ou Federal (em unidade municipalizada)"

NOME:

MUNICIPAL (PMSP) **RF:** **Vínculo:**

ESTADUAL (Unidade Municipalizada) **FEDERAL** (Unidade Municipalizada) **RG:**

3. IDENTIFICAÇÃO DO CARGO/FUNÇÃO:

Cargo:

Efetivo Admitido Comissão Contratado Jet CLT Lei 500/74 Lei 733/93

.....

4. HORÁRIO DE TRABALHO

SEGUNDA-FEIRA: das às horas TERÇA-FEIRA: das às horas

QUARTA-FEIRA: das às horas QUINTA-FEIRA: das às horas

SEXTA-FEIRA: das às horas

SÁBADO: das às horas DOMINGO: das às horas

5. DECLARAÇÃO:

Esclareço que a distância entre as unidade em que vou atuar é de aproximadamente _____ km e que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ horas e _____ minutos.

.....
Assinatura do servidor

DECLARO, sob pena da Lei, que as informações que compõem o presente representam a fiel verdade. (Preencher mesmo que o servidor tenha trabalhado apenas um dia.)

É PONTUAL SIM NÃO

É DECORRENTE DO ACÚMULO SIM NÃO

TEM FALTAS HABITUAIS SIM NÃO

É DECORRENTE DO ACÚMULO SIM NÃO

Estou ciente de que na hipótese do servidor se revelar inassíduo ou impontual, deverei comunicar, mediante memorando a unidade de Recursos Humanos, nos termos do Comunicado nº 11/DOM de 22/09/1987 e Decreto nº 31.861/92.

Observações Adicionais:

.....

.....

____ / ____ / _____

.....
Carimbo (NOME E RF) / Assinatura da
Chefia Imediata

.....
Carimbo (NOME E RF) / Assinatura da STS

6. NO CASO DE COMPLEMENTO DE CARGA HORÁRIO – SÓ PARA DOCENTES

Unidade de Trabalho:

..... Estrutura Hierárquica:

Endereço: Nº

Bairro: Tel.:

() Efetivo () Admitido () Comissão () Contratado () CLT () ACT () JET ()

HORÁRIO DE TRABALHO:

SEGUNDA-FEIRA: das às horas TERÇA-FEIRA: das às horas

QUARTA-FEIRA: das às horas QUINTA-FEIRA: das às horas

SEXTA-FEIRA: das às horas

SÁBADO: das às horas DOMINGO: das às horas

..... / /

.....

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

7. INSTRUÇÕES

7.1 – PRAZO:

O servidor tem prazo de 15 (quinze) dias corridos, para apresentar este formulário devidamente preenchido. A não observância implicará na suspensão do pagamento nos termos do Decreto 14.739/77

7.2 – PREENCHIMENTO:

SEM RASURAS E USO DE CORRETIVOS.

Quando tratar-se de Professor, mencionar a(s) matéria(s) lecionada(s).

No caso de Médicos da PMSP, obedecer ao regime de 20 horas semanais previsto na Lei nº 11.410/93

NO CAMPO 5 DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO

EM NENHUMA HIPÓTESE ESTE DOCUMENTO PODERÁ SER RECEBIDO ASSINADO POR ORDEM (P/)

Este formulário é válido para todos os cargos e funções.