SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE DE JANUÁRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA PONTE

JOX100

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOÃO DA PONT
"TEMPO DE RECONSTRUIR
2017-2020

FREQUÊNCIA MENSAL (PREVISÃO)

MÊS:______________________ ANO: ______________ MUNICÍPIO:______________________________

NOME DO SERVIDOR	FUNÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

LEGENDA:

O: FALTA SEM JUSTIFICATIVA D: DOMINGO FE: FÉRIAS FO: FOLGA FR: FERIADO ☐ DIA NA SEDE S: SÁBADO X: DIA COM INDENIZAÇÃO