ECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RETORIA REGIONAL DE SAÚDE DE JANUÁRIA
ECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA PONTE

FREQUÊNCIA MENSAL (PREVISÃO)

TEMPO DE AVANÇAR
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE-MG

ÊS:_____ 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	31	TOTAL

NDA:

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