24 ANEXO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA PONTE

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

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	31	TOTAL

LEGENDA:

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

MOD 123 - SMS - SJP

Digitalizado com CamScanner