



JUNDIAÍ
PREFEITURA

GOVERNANÇA, FINANÇAS
E TRANSPARÊNCIA

DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

Jundiá, _____ de _____ de 201____

ABONO DE FALTAS

- C.L.T.
 ESTATUTÁRIO
 VARIÁVEL
 C.C.

NOME:

CÓDIGO:

CARGO:

ENDEREÇO:

FONE RESID./RECADO:

FONE CELULAR:

ATESTADO DE:

() DIA(S) QUANTIDADE DE DIA(S): _____ A PARTIR DE _____ / _____ / _____

() HORA(S) DATA: _____ / _____ / _____ INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS

DATA: _____ / _____ / _____ INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS

DATA: _____ / _____ / _____ INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS

DATA: _____ / _____ / _____ INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS

DATA: _____ / _____ / _____ INÍCIO: _____ HS FIM: _____ HS

LOCAL DE TRABALHO:

HORÁRIO DE TRABALHO:

COMPROVANTE:

MOTIVO:

Ciente:

P. Deferimento

Chefia Imediata
(carimbo / nome legível)

Servidor(a)