

DOCUMENTO PADRÃO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Referência:

Nome: _____ N.F: _____

CLT () EST() Cargo: _____

Secretaria Municipal de Educação

Divisão: _____

Unidade de Trabalho : _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ CEP _____ Fone: _____

Horário de Trabalho: _____

Vem respeitosamente requerer o deferimento do pedido supra, conforme legislação em vigor.

N. Termos,
P. Deferimentos.

Piracicaba,

Anexo documento: () Não () Sim

Ciente:

De acordo.

Em ____/____/____.

De acordo.

Em ____/____/____.

De acordo

Em ____/____/____.

Chefia Imediata

NAA

Secretário Pasta

VALE
TRANSPORTE

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Referência:

SOLICITAÇÃO VALE TRANSPORTE	MUNICIPAL () QUANTIDADE:	INTERMUNICIPAL ()
------------------------------------	------------------------------	--------------------

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

NOME	NF	DATA NASCIMENTO
------	----	-----------------

RG	CPF	Nº CARTÃO-TIP
----	-----	---------------

CARGO	LOCAL DE TRABALHO
-------	-------------------

ENDEREÇO	CEP
----------	-----

BAIRRO	CIDADE	UF	FONE
--------	--------	----	------

Vem respeitosamente requerer o deferimento do pedido supra, conforme legislação em vigor.

N. Termos,
P. Deferimentos.

Piracicaba,

Assinatura Servidor

Anexa documentos: () sim () não _____

De acordo.

Em ___/___/___.

De acordo.

Em ___/___/___.

De acordo.

Em ___/___/___.

**COMUNICADO DE
OCORRÊNCIA FUNCIONAL**

-COF-

Anexo V

COMUNICADO DE OCORRÊNCIA FUNCIONAL

PARA USO EXCLUSIVO DO SESMT

DATA RECEBIMENTO

____/____/____

DADOS DO SERVIDOR

() ESTATUTÁRIO; () CLT; () COMISSIONADO

NOME: _____ Nº FUNCIONAL _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Percebe Insalubridade /Periculosidade
--------------------	------	--------------	---------------------------------------

Cargo	Adaptado (); Trabalho Restrito (); Readaptado () Função:	Horário de Trabalho
-------	--	---------------------

Endereço residencial

Bairro	Cidade	CEP	Fone
--------	--------	-----	------

Lotação - SECRETARIA MUNICIPAL DE: EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO/DIVISÃO:

Setor de Trabalho:

Endereço do Setor:

Chefia imediata: _____ Telefone do Setor: _____

DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da Ocorrência:	Horário da Ocorrência:
---------------------	------------------------

Tipo do Evento sugerido: () 1 – Típico; () 2 – Doença; () 3 – Trajeto.

Local do Evento: () 1 – Local de Trabalho; () 2 – Local Onde Presta Serviço; () 3 – Via Pública; () 4 – Zona Rural; () 5 – Outros.

Descrição do Evento:

Parte do Corpo Atingida:

Suposto Agente Causador:

Houve Registro Policial? () Não; () Sim. (Em caso afirmativo anexar cópia do Boletim de Ocorrência).

Obs.: Em caso de ACIDENTE DE TRÂNSITO é obrigatória a apresentação de Boletim de Ocorrência.

Houve Morte? () Não; () Sim: _____

Houve Atendimento Hospitalar? () Não; () Sim. Onde?			
Houve recomendação para afastamento do trabalho devido à Ocorrência? () Não; () Sim. - <i>Se sim, anexar cópia atestado médico da Perícia Médica da PMP.</i>			
DADOS DAS TESTEMUNHAS			
1. Nome			
Endereço			
Bairro	Cidade	CEP	Fone
2. Nome			
Endereço			
Bairro	Cidade	CEP	Fone
OBSERVAÇÕES FINAIS			
Data da Comunicação da Ocorrência		Data da Expedição da COF	
		Digitado e conferido:	
		<hr/> Assinatura e carimbo (NAA)	
<hr/> Assinatura e carimbo (Chefia do setor)		Atenção: Expedir esse comunicado em 3 vias e encaminhar ao SESMT , à Rua da Freguesia, 165 Jardim Monumento. Telefone: 3402-8050. No prazo de 48 horas.	

Relatório de Horas Extras

RELATÓRIO INDIVIDUAL DE HORAS EXTRAS - S.M.E.

UNIDADE: _____ () EMEI () EMEF () EMEIF

FUNCIONÁRIO: _____ **Nº FUNC:** _____

ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA

FUNÇÃO: _____ Regime: CLT () EST ()

HTPC : 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () - **HORÁRIO:** _____ ÀS _____.

MÊS/ANO: _____

TOTAL

**ASSINATURA DO SERVIDOR
(Diária)**

DIA	SERVIÇO EXECUTADO		SALA				Horário		TOTAL			
	MOTIVO <i>(Indicar: tipo licença - afastamento etc)</i>	TITULAR AUSENTE	C	E	T	P	INICIAL	FINAL	60%	80%	100%	
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

AUTORIZADO POR: _____

TOTAL DE HORAS GERAL HORAS EXTRAS _____
