PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL

CONTROLE DE HORAS EXTRAS E/OU COMPENSAÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:	C. CUSTO:	MÊS:	ANO:

DATA	HORÁRIO	TOTAL	H.E.	COMPENSAÇÃO	SALDO ANTERIOR	TOTAL	SALDO HORAS

OBS.:

ASSINATURA / FUNCIONÁRIO(A) / DATA:	ASSINATURA / CHEFIA IMEDIATA / DATA:

FO364/AGO/02/SMCAIS - ALTERADO 05/05 - VIA ÚNICA - FORMATO A4 (210 X 297) - CÓD. MATERIAL: 28505