



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO RECURSOS HUMANOS**

**PLANILHA DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO**

UNIDADE:

DATA:

REGIÃO:

VALOR FIXO R\$		VALOR POR ETAPA(S) R\$			VALOR A CADA 10 HORAS R\$		
Nº	NOME	MATRÍCULA	C. CUSTO	ASSINATURA	QUANTIDADE	VALOR TOTAL	OBSERVAÇÃO
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ASSINATURA DA COORDENAÇÃO UNIDADE:

ASSINATURA DA COORDENADOR DISTRITAL: