

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:	DATA:	PREENCHIDO POR:	ASS.E CARIMBO DO DIRETOR:
--------	-------	-----------------	---------------------------

DDPE/DEI – EQUIPE FAZENDA

FREQÜÊNCIA

MÊS / ANO	COMPARECIMENTOS	QUANTIDADE FALTA DIA	AUXILIO TRANSPORTE

PERDAS

A.L.E.	G.T.C.N.	ADIC. DE TRANSP.	GRAT. ESPECIAL	GRAT. GERAL	G.T.E	GRAT. REPRES.

MOTIVO DESCONTO / DEVOLUÇÃO:

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:	DATA:	PREENCHIDO POR:	ASS.E CARIMBO DO DIRETOR:
--------	-------	-----------------	---------------------------

DDPE/DEI – EQUIPE FAZENDA