

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------|
| <div><div>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO<br/>SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO<br/>COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA<br/>DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO</div></div> |              |                                                                     |
| FORMULÁRIO<br><div>COMUNICADO DE OCORRÊNCIA<br/>DECRETO N.º 52.833/08 – D.O.E. – 24/03/2008<br/>PORTARIA CAF/G Nº 29 - D.O.E - 15/10/2015</div>                                                                                                                              |              | 04                                                                  |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                     |
| :                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                                                                     |
| CÓD.UA./DENOMINAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                                                                     |
| MUNICÍPIO:                                                                                                                                                                                                                                                                   | MÊS/ANO/REF: | CDPe/CRDPe:                                                         |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | FONE:                                                               |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                                                                     |
| RG:                                                                                                                                                                                                                                                                          | RS/PV/EX:    |                                                                     |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                     |
| CARGO/FUNÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                | TABELA:      | JORNADA:                                                            |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | CEP:                                                                |
| OCORRÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> CESSAÇÃO / DENOMINAÇÃO DA VANTAGEM                                                                                                                                                                                                                  |              | A PARTIR DE:                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> SERVIDOR INCLUÍDO INDEVIDAMENTE NO BF DESTA UNIDADE                                                                                                                                                                                                 |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ABANDONO DE CARGO/FUNÇÃO                                                                                                                                                                                                                            |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> PERÍODO DE :        A                                                                                                                                                                                                                               |              | D.O.E.:                                                             |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA NEGADA        PERÍODO DE:        A                                                                                                                                                                                                          |              | D.O.E.:                                                             |
| <input type="checkbox"/> PERDAS / DENOM.DA VANTAGEM :                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                     |
| PERÍODO DE :        A                                                                                                                                                                                                                                                        |              | QTDE DIAS:                                                          |
| <input type="checkbox"/> CESSAÇÃO DE SAL.FAMÍLIA                                                                                                                                                                                                                             |              | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DE IMPOSTO DE RENDA |
| NOME COMPLETO DO DEPENDENTE:                                                                                                                                                                                                                                                 | MOTIVO       | A PARTIR DE                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS CIRCUSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELO ARTIGO 1º DA PORTARIA CAF                                                                                                                                                                                      |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                     |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                |              |                                                                     |
| <div>LOCAL:<br/>DATA:<br/><br/>PREENCHIDO POR:</div> <div>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</div>                                                                                                                                                                          |              |                                                                     |