



AUTORIZAÇÃO FRENTE DE TRABALHO Data 03/05/2019

Venho encaminhar para realização de serviços nesta divisão administrativa, através do programa "FRENTE de TRABALHO" instituído pela Lei Municipal nº 511/2007;

BENEFICIÁRIO (A)

Nome: Claudineia Apª Barbosa	CPF 055.566.939-43
Endereço José Carneiro da Silva	Idade 38
Bairro Ramulfo Rosa de Lima	Telefone 991146393

LOCAL DE TRABALHO

Divisão ADM	Qtde Hrs/DIA	Dia INÍCIO	Dia TÉRMINO	Valor Diário R\$
Posto de Saúde	08	03/05/2019	31/05/2019	40,00

Eu, beneficiário (a) DECLARO que estou DESEMPREGADO (A) e, em condições de saúde física e mental para desempenhar os serviços na FRENTE DE TRABALHO.

Secretária de Ações Públicas e Desenvolvimento Social

Beneficiário (a) da FRENTE de TRABALHO

RELATÓRIO DE DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Dia	Assinatura	Chefe/Visto	Dia	Assinatura	Chefe/Visto
03/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	17/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
06/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	20/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
07/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	21/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
08/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	22/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
09/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	23/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
10/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	24/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
13/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	27/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
14/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	29/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
15/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	30/05	<i>[Signature]</i>	Rauze
16/05	<i>[Signature]</i>	Rauze	31/05	<i>[Signature]</i>	Rauze

Eu, responsável pela DIVISÃO da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, atesto conforme acima.

Nome: Rauze Secchi Cargo: Enfermeira

Assinatura/Chefe

Total RECEBER R\$ 800,00