



AUTORIZAÇÃO FRENTE DE TRABALHO Data 11/02/2019

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	Luciede da Conceição	CPF:	865.431.649-72
Endereço	Augusto Vicente	Idade	55
Bairro	Centro	Telefone	991224879

LOCAL DE TRABALHO

Divisão ADM	Qtde Hrs/DIA	Dia INÍCIO	Dia TÉRMINO	Valor Diário R\$
Saúde	08	11/02/2019	28/02/2019	

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
11/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce	25/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce
12/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce	26/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce
13/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce	27/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce
14/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce	28/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce
15/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			
18/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			
19/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			
20/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			
21/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			
22/02	<i>[Handwritten Signature]</i>	Royce			

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

Nome: Royce Secc

Cargo: Enfermeiro

Assinatura/Chefe

Total RECEBER R\$ 560,00