|  |  |
| --- | --- |
| C:\WINDOWS\Brasao1.bmp | GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  |
| SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA |
| **COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA** |
| **DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE:**COMUNICADO DE OCORRÊNCIADECRETO N.º 41.599/97 – D.O.E. – 22/02/1997 **PORTARIA CAF/G Nº 12 - D.O.E - 02/07/2004** | 04 |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE |
|  |
| **:** **DE ENSINO DA REGIÃO DE CAPIVARI** |
| **CÓD.UA./DENOMINAÇÃO:**  |
| **MUNICÍPIO:**  | **MÊS/ANO/REF:** | **UCD: 06-604** |
| **ENDEREÇO:**  | **FONE:**  |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR |
| **RG:** | **RS/PV/EX:** |
| **NOME:** |
| **CARGO/FUNÇÃO:** | **TABELA:** | **JORNADA:** |
| **ENDEREÇO:** | **CEP:**  |

|  |
| --- |
| OCORRÊNCIAS |
| **[ ]  CESSAÇÃO / DENOMINAÇÃO DA VANTAGEM**  | **A PARTIR DE:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **[ ]**  |  |
| **[ ]**  |  |
| **[ ]  SERVIDOR INCLUÍDO INDEVIDAMENTE NO BF DESTA UNIDADE** |  |
| **[ ]  ABANDONO DE CARGO/FUNÇÃO**  |  |
| **[ ]**  **PERIODO DE :       A**  | **D.O.E.:** |
| **[ ]  LICENÇA NEGADA PERÍODO DE:** **A**  | **D.O.E.:** |
| **[ ]  PERDAS / DENOM.DA VANTAGEM :** |
|  **PERIODO DE :       A       QTDE DIAS:** |
| **[ ]  CESSAÇÃO DE SAL.FAMÍLIA** **[ ]  EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DE IMPOSTO DE RENDA** |
| **NOME COMPLETO DO DEPENDENTE:**  | **MOTIVO** | A PARTIR DE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **[ ]  OUTRAS CIRCUSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELO ARTIGO 1º DA PORTARIA CAF** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES |

|  |  |
| --- | --- |
| **LOCAL:****DATA: 10/09/2019****PREENCHIDO POR:** | **ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL** |

DDP/DEI – EQUIPE FAZENDA