



Diretoria de Ensino
Região de Capivari



IMERSÃO CRH 2023

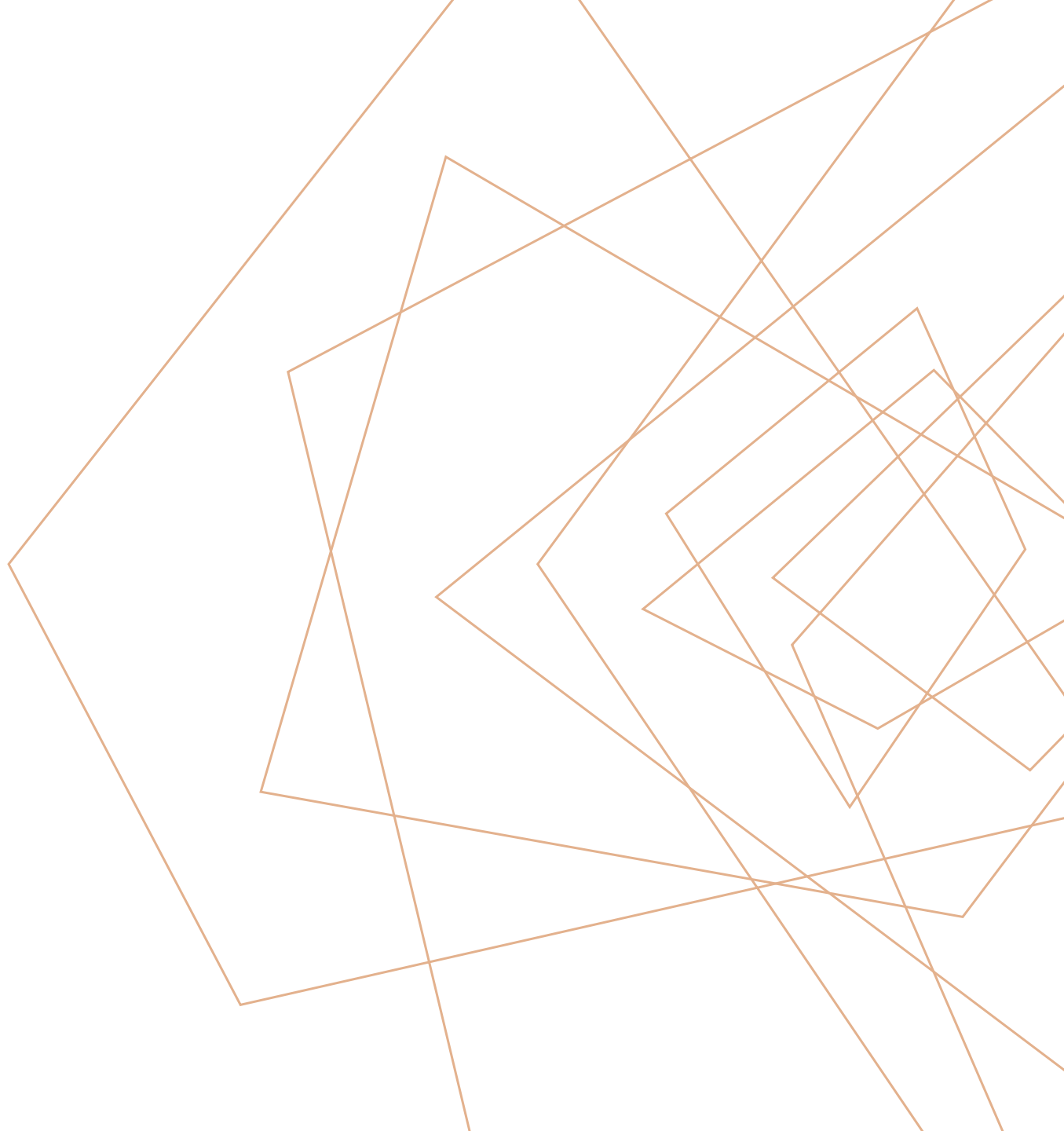
CRH / NAP / NFP

Diretoria de Ensino
Região de Capivari




FORMULÁRIOS

CRH / NFP



FORMULÁRIO 2


| | | |
|---|--|--|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | | |
| FORMULÁRIO DE: ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS DE SERVIDOR | | 02 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | |
| DIRETORIA DE ENSINO DA REGIÃO DE CAPIVARI | | |
| CÓD.UA./ DENOMINAÇÃO: <input type="text"/> | | |
| MUNICÍPIO: <input type="text"/> | MÊS/ANO/REF: <input type="text"/> | UCD: 06-603 |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | |
| RG: <input type="text"/> | RS/PV/EX: <input type="text"/> | CATEGORIA: <input type="text"/> |
| NOME: <input type="text"/> | | |
| CARGO/FUNÇÃO: <input type="text"/> | | |
| DADOS A SEREM ALTERADOS | | |
| <input type="checkbox"/> 01 - R.G./U.F. | <input type="checkbox"/> 09 - NATURALIDADE | <input type="checkbox"/> 17 - DISCIPLINA |
| <input type="checkbox"/> 02 - NOME (SERVIDOR) | <input type="checkbox"/> 10 - CONTA BANCÁRIA | <input type="checkbox"/> 18 - QUALIFICAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 03 - NOME (MÃE) | <input type="checkbox"/> 11 - DATA DE NASCIMENTO | <input type="checkbox"/> 19 - NOME (PAI) |
| <input type="checkbox"/> 04 - C.P.F. | <input type="checkbox"/> 12 - INGR.NO SERV.PÚBLICO | <input type="checkbox"/> 20 - RAÇA/CÓR |
| <input type="checkbox"/> 05 - ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> 13 - ANO DO 1º EMPREGO | <input type="checkbox"/> 21 - P.I.S./P.A.S.E.P. |
| <input type="checkbox"/> 06 - ESCOLARIDADE | <input type="checkbox"/> 14 - ALTERAÇÃO U.A. | <input type="checkbox"/> 22 - "EX" de READAPTADO |
| <input type="checkbox"/> 07 - CARGO | <input type="checkbox"/> 15 - TRANSFERÊNCIA | |
| <input type="checkbox"/> 08 - CATEGORIA | <input type="checkbox"/> 16 - REMOÇÃO | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> | | |
| OBS.: <input type="text"/> | | |
| ITEM: <input type="text"/> CÓD.UA./ DENOMINAÇÃO: <input type="text"/> | | |
| A PARTIR DE : <input type="text"/> D.O.E.: <input type="text"/> | | |
| OBS: ITENS: 01, 04, 07, 08, 10, 11, 12, 21 - ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS COMPROBATORIOS. ITENS: 14, 15, 16 - ANEXAR B.C.S. SE DOCENTE COM REDUÇÃO DE CARGA OU PERDA DE VANTAGENS. | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | |
| LOCAL: <input type="text"/> | | |
| DATA: 10/01/2023 | | |
| PREENCHIDO POR: <input type="text"/> | | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |
| DDP/DEI - EQUIPE FAZENDA | | |

Modelo: [FORMULARIO 02.docx](#)

Instrução: [2 instrução.docx](#)

Vídeo da DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=xgKzhkPrUEY&list=UUT8wRgy19Cxl6pp04UK0ZmQ>


FORMULÁRIO 4

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  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 OCORRÊNCIA DECRETO N.º 41.599/97 - D.O.E. - 22/02/1997 PORTARIA CAF/G N.º 12 - D.O.E - 02/07/2004 | | 04 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | |
| DIRETORIA 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 | | |
| <input type="checkbox"/> CESSAÇÃO / DENOMINAÇÃO DA VANTAGEM | A PARTIR DE: _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| <input type="checkbox"/> RESCISÃO DE CONTRATO | _____ | |
| <input type="checkbox"/> AFAST. / LICENÇA COM PREJ. VENCIMENTOS | _____ | |
| <input type="checkbox"/> SERVIDOR INCLUÍDO INDEVIDAMENTE NO BF DESTA UNIDADE | _____ | |
| <input type="checkbox"/> ABANDONO DE CARGO/FUNÇÃO | _____ | |
| <input type="checkbox"/> PRISÃO/SUSPENSÃO 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 CIRCUNSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELO ARTIGO 1º DA PORTARIA CAF | _____ | |
| _____ | _____ | |
| _____ | _____ | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | |
| LOCAL: _____ | | |
| DATA: 10/01/2023 | | |
| PREENCHIDO POR: _____ | | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |

Modelo: [FORMULÁRIO 04.docx](#)

Instrução: [formulario 04 instrucao.docx](#)

FORMULÁRIO 5

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  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 GOZO DE FÉRIAS - E.F.P. DEC. N° 29.439/88 | | 05 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | |
| DIRETORIA: DE ENSINO - REGIÃO DE CAPIVARI | | |
| CÓD. UA. / DENOMINAÇÃO: <input type="text"/> | | |
| MUNICÍPIO: <input type="text"/> | MÊS/ANO/REF: <input type="text"/> | UCD: 06-604 |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | |
| RG: <input type="text"/> | RS/PV/EX: <input type="text"/> | |
| NOME: <input type="text"/> | | |
| CARGO/FUNÇÃO: <input type="text"/> | | |
| CARGO/FUNÇÃO DESIGNADO: <input type="text"/> | | |
| TIPO DE DESIGNAÇÃO | | |
| <input type="text"/> | A PARTIR DE: <input type="text"/> | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | | |
| QTDE. DIAS: <input type="text"/> | PERÍODO DE GOZO: <input type="text"/> A <input type="text"/> | EXERCÍCIO: <input type="text"/> |
| GRATIFICAÇÃO POR ATIVIDADE DE JULGAMENTO (GRAJ) <input type="checkbox"/> | MÉDIA PERCENTUAL: <input type="text"/> | |
| | VALOR: <input type="text"/> | |
| OUTROS <input type="checkbox"/> | VALOR: <input type="text"/> | |
| FÉRIAS ANULADAS | | |
| QTDE. DIAS: <input type="text"/> | PERÍODO: <input type="text"/> A <input type="text"/> | EXERCÍCIO: <input type="text"/> |
| OBS: <input type="text"/> | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | |
| LOCAL: <input type="text"/> | | |
| DATA: 10/01/2023 | | |
| PREENCHIDO POR: <input type="text"/> | | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |
| DDPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | | |

Modelo: [FORMULÁRIO 5.docx](#)

Instrução: [formulario 05 instrucao.docx](#)

Vídeo da DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=AyHWYxraDeQ>

FORMULÁRIO 9

| | | |
|---|-------------------------------------|---------|
|  <p>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL</p> | | |
| FORMULÁRIO DE : | REASSUNÇÃO | |
| 09 | | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | |
| DIRETORIA : DE ENSINO - REGIÃO DE CAPIVARI | | |
| CÓD. UA. / DENOMINAÇÃO: | UCD: 06-604 | |
| MUNICÍPIO: | MÊS/ANO/REP: | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | |
| RG: | RS/PV: | |
| NOME: | | |
| CARGO/FUNÇÃO: | | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | | |
| REASSUNÇÃO EM: | PERÍODO DE AFASTAMENTO: DE: ATÉ: | |
| ACUMULAÇÃO DE CARGO - ATO DECISÓRIO N° | D.O.E.: | |
| CONTA BANCÁRIA | | |
| | CÓDIGO DA AGÊNCIA: | |
| DENOMINAÇÃO: | | |
| TIPO DE CONTA: | CONTA N°: | DÍGITO: |
| NOTA: ANEXAR COMPROVANTE DE: IPESP E ATESTADO DE FREQUÊNCIA / CONTA BANCÁRIA OU B.C.S., SE DOCENTE. | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | |
| LOCAL: | | |
| DATA: 10/01/2023 | | |
| PREENCHIDO POR: | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | |

Modelo: [FORMULÁRIO 9.docx](#)

Vídeo da DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=KrfFNv07YCK&t=3s>

FORMULÁRIO 12

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | | | |
| FORMULÁRIO DE : | | 12 | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | | |
| DIRETORIA: DE ENSINO - REGIÃO CAPIVARI | | | |
| EMPRESA: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO | | | |
| CÓD. UA/ DENOMINAÇÃO: <input type="text"/> | | | |
| MUNICÍPIO: <input type="text"/> | MÊS/ANO/REF: <input type="text"/> | UCD: 06-604 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | |
| RG: <input type="text"/> | RS/PV/EX: <input type="text"/> | | |
| NOME: <input type="text"/> | | | |
| CARGO/FUNÇÃO : <input type="text"/> | | | |
| ENDEREÇO | | | |
| RUA/AV. : <input type="text"/> | BAIRRO: <input type="text"/> | | |
| CIDADE: <input type="text"/> | ESTADO: <input type="text"/> | CEP: <input type="text"/> | TEL: <input type="text"/> |
| ASSUNTO | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| DOCUMENTOS ANEXADOS: <input type="text"/> | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| DATA: <input type="text"/> | ASSINATURA DO SERVIDOR | ASSINATURA ORGÃO DE PESSOAL | |
| DDPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | | | |


| | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| RESPOSTA U.A. / ÓRGÃO PESSOAL | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| LOCAL: <input type="text"/> | |
| DATA: <input type="text"/> | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL |
| RESPONDIDO POR: <input type="text"/> | |
| RESPOSTA D.S.D. | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | |
| LOCAL: <input type="text"/> | |
| DATA: <input type="text"/> | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL |
| RESPONDIDO POR: <input type="text"/> | |
| DDPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | |

Modelo: [FORMULÁRIO 12.docx](#)

Instrução: [formulario 12 instrucao.docx](#)

Vídeo da DE São Carlos: <https://www.youtube.com/watch?v=xgKzhkPrUEY&list=UUT8wRgy19Cxl6pp04UK0ZmQ>

FORMULÁRIO 13

| | |
|--|----------------------------|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | |
| FORMULÁRIO DE: 13 SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL (EXCETO QUADRO DO MAGISTÉRIO) | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | |
| DIRETORIA: DE ENSINO DA REGIÃO DE CAPIVARI | |
| CÓD.UA/DENOMINAÇÃO: | UCD: 06-604 |
| MUNICÍPIO: | MÊS/ANO REF.: |
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO | |
| RG: | RS/PV/EX: |
| NOME: | |
| CARGO/FUNÇÃO: | |
| FAIXA/NÍVEL: | REF/GRAU: |
| JORNADA: | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUÍDO | |
| RG: | NOME: |
| MOTIVO DO IMPEDIMENTO: | |
| DOE: | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | |
| TIPO DE SUBSTITUIÇÃO | |
| É COMPLEMENTAÇÃO? () "S" SE SIM | |
| CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE - SUBSTITUÍDA | |
| DENOMINAÇÃO DO CARGO | COD.CARGO |
| FAIXA/REF. | NÍVEL/GRAU |
| JORNADA | U. A. |
| PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE | QTDE.DIAS |
| SERV. EXTRA QTDE HORAS | PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE |
| QTDE.DIAS | SERV. EXTRA QTDE HORAS |
| GTN 10% | GTN 20% |
| ADICIONAL PERICULOSIDADE | ADICIONAL INSALUBRIDADE |
| GRATIFICAÇÃO INFORMATICA | GRATIFICAÇÃO / OUTROS |
| SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO | PUBLICAÇÃO D.O.E. |
| GRATIFICAÇÃO PRÓ LABORE | DENOM.F.E.Q. |
| COD.F.E.Q. | PERC.% |
| JORNADA | |
| GRATIFICAÇÃO REPRESENTAÇÃO | DENOM.F.E.Q. |
| COD.F.E.Q. | |
| ANEXAR ATO CONCESSÓRIO | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | |
| LOCAL: | |
| DATA: 20/01/2023 | |
| PREENCHIDO POR: | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | |
| DOPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | |


| USO EXCLUSIVO DA DSD | | | | | | |
|--------------------------|--|------------------|--------------------|------------------------|-------------------|-----|
| DEMONSTRATIVO DO CÁLCULO | | | | | | |
| A | VENCIMENTOS E VANTAGENS | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | SOMA | R\$ | | | | |
| DIFERENÇA MENSAL | R\$ | | | | | |
| DIFERENÇA NO PERÍODO | R\$ | | | | | |
| GRATIFICAÇÕES | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF. MENSAL (R\$) | DIF.DO PERÍODO (R\$) | P/R | |
| OUTROS | | | | | | |
| B | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| C | GRATIFICAÇÃO DE REPRESENTAÇÃO (ANEXAR ATO CONCESSÓRIO) | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF.MENSAL (R\$) | DIF.PERÍODO (R\$) | P/R |
| D | GRATIFICAÇÃO PRÓ-LABORE | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF.MENSAL (R\$) | DIF.PERÍODO (R\$) | P/R |
| E | SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO | QTDE HORAS | VALOR MENSAL (R\$) | VALOR DO PERÍODO (R\$) | | |
| ELABORADO POR: | | | | | | |

Modelo: [FORMULÁRIO 13.docx](#)

Instrução: [formulario 13 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=U2ugelJgg2w&t=1s>

FORMULÁRIO 14

| | |
|---|--|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | |
| FORMULÁRIO DE : | 14 |
| SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL QUADRO DO MAGISTÉRIO | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE S E C R E T A R I A D A E D U C A Ç Ã O | |
| DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO DE CAPIVARI | |
| CÓD. UA/DENOMINAÇÃO: | UCD: 06-604 |
| MUNICÍPIO: | MÊS/ANO REF.: |
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO | |
| RG: | RS/PV/EX: |
| NOME: | |
| CARGO/FUNÇÃO ATIVIDADE | FAIXA/NÍVEL JORNADA |
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUÍDO | |
| RG: | NOME: |
| MOTIVO DO IMPEDIMENTO: | |
| DOE: | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | |
| TIPO DE SUBSTITUIÇÃO | |
| É COMPLEMENTAÇÃO? () "S" SE SIM | |
| CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE - SUBSTITUÍDA | |
| DENOMINAÇÃO DO CARGO | FAIXA/NÍVEL JORNADA U. A. |
| PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE ATÉ | QTDE DIAS G. T. C. N. GRATIFICAÇÃO ESPECIAL (1) A. L. E. (2) ADICIONAL TRANSP. (3) |
| | |
| | |
| | |
| POSTO DE TRABALHO - VICE-DIRETOR DE ESCOLA | |
| PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO DE ATÉ | QTDE DIAS QTDE HORAS GTCN P/R ALE P/R |
| | |
| PERÍODO DO IMPEDIMENTO: DE ATÉ | |
| SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO: | QUANTIDADE DE HORAS: PUBLICADO NO D. O. E. |
| GRATIFICAÇÃO REPRESENTAÇÃO | DENOM. F. E. Q. CÓD. F. E. Q. |
| | |
| ANEXAR ATO CONCESSÓRIO | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | |
| LOCAL: | |
| DATA: 20/01/2023 ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR | |
| PREENCHIDO POR: DOPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
| PREENCHER SOMENTE NO CASO DE VICE-DIRETOR DE ESCOLA | | | | | |
| DEMONSTRATIVO DO CÁLCULO | | | | | |
| A | VENCIMENTOS E VANTAGENS | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SOMA | | R\$ | | | |
| DIFERENÇA MENSAL | | R\$ | | | |
| DIFERENÇA NO PERÍODO | | R\$ | | | P / R () |
| B | ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF. MENSAL (R\$) | DIF. NO PERÍODO (R\$) P/R |
| | | | | | |
| C | SEXTA PARTE | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF. MENSAL (R\$) | DIF. NO PERÍODO (R\$) P/R |
| | | | | | |
| D | PRÊMIO DE VALORIZAÇÃO | RECEBIDO (R\$) | DEVIDO (R\$) | DIF. MENSAL (R\$) | DIF. NO PERÍODO (R\$) |
| | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | |
| LOCAL: | | | | | |
| DATA: 20/01/2023 ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR | | | | | |
| PREENCHIDO POR: DOPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | | | | | |


Modelo: [FORMULÁRIO 14.docx](#)

Instrução: [formulario 14 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:

<https://www.youtube.com/watch?v=WwbO6ly71P4&t=93s>

FORMULÁRIO 15


| | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  <p>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL</p> | | | | | | | | | |
| FORMULÁRIO DE: | G.T.N. / ADICIONAL LOCAL DE EXERCÍCIO / ATESTADO DE FREQUÊNCIA | 15 | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | | | | | | | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | | | | | | | | |
| DIRETORIA DE ENSINO: Região de Capivari | | UCD: 06-604 | | | | | | | |
| CÓD.U.A./DENOMINAÇÃO: <input type="text"/> | MUNICÍPIO: <input type="text"/> | | | | | | | | |
| UTILIZAÇÃO: SERVIDORES DO Q.A.E. / Q.S.E | MÊS/ANO REF.: <input type="text"/> | | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | | | | | | | |
| RG: <input type="text"/> | RS/PV/EX: <input type="text"/> | | | | | | | | |
| NOME: <input type="text"/> | CARGO/FUNÇÃO: <input type="text"/> | | | | | | | | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | | | | | | | | | |
| A PARTIR DE | G.T.N – 10% | G.T.N – 20% | ADICIONAL LOCAL DE EXERCÍCIO | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | |
| FREQUÊNCIA | | | | | | | | | |
| MÊS/ANO | COMPARECIMENTO | QUANTIDADE FALTA DIA | AUXÍLIO TRANSPORTE | GRATIFICAÇÃO GERAL | G.S.A.E. | GAAE /GAE | A.L.E | G.T.N 10% | G.T.N 20% |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| MOTIVO DESCONTO/DEVOLUÇÃO | | | | <input type="text"/> | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | |
| LOCAL: <input type="text"/> | DATA: 20/01/2023 | PREENCHIDO POR: <input type="text"/> | | A.S.S.E CARIMBO DO DIRETOR | | | | | |
| DDPE/DEI – EQUIPE FAZENDA | | | | | | | | | |

Modelo: [FORMULÁRIO 15.doc](#)

Instrução: [formulario 15 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=oBQ1gP3TCZg>

FORMULÁRIO 16

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----------------------------------|-----------|------------------|------------|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | | | | | | | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DOCENTE EVENTUAL / REPOSIÇÃO / G.T.C.N. / A.L.E. / SERV.EXTRA | | | | | | | | | | 16 | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | | | | | | | | | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO DE CAPIVARI | | | | | | | | UCD: 06 604 | | | |
| CÓD.UA./ DENOMINAÇÃO: | | | | | MUNICÍPIO: | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | RS/PV/EX: | | | NOME: | | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO: | | | | | | | CATEGORIA: | | | | |
| DADOS PARA PAGAMENTO | | | | | | | | | | | |
| MÊS/ ANO DE REF.: | | É COMPLEMENTAÇÃO ? () "S" SE SIM | | | | | SERV.EXTRA: QTDE: | | D.O.E.: | | |
| MÊS/ANO | P/R | TIPO DE AULAS | | | | | | | | | AUX. TRANSP. |
| | | 1* A 4* | | | 5* A 8* | | | ENSINO MÉDIO | | | |
| | | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: | |
| | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUÍDO | | | | | | | | | | | |
| AULAS DE 1* A 4* | | | | AULAS DE 5* A 8* | | | | AULAS DE ENSINO MÉDIO | | | |
| RG - SUBSTITUÍDO | | HORAS | | RG - SUBSTITUÍDO | | HORAS | | RG - SUBSTITUÍDO | | HORAS | |
| | | | | | | | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | | | |
| LOCAL: | | | | DATA: 20/01/2023 | | PREENCHIDO POR: | | | ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR | | |
| DDPE/DEI - EQUIPE FAZENDA | | | | | | | | | | | |


| | | | | | |
|---|-------|------------------|-------|---------------------------------|-------|
| IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUÍDO | | | | | |
| AULAS DE 1* A 4* | | AULAS DE 5* A 8* | | AULAS DE ENSINO MÉDIO | |
| RG - SUBSTITUÍDO | HORAS | RG - SUBSTITUÍDO | HORAS | RG - SUBSTITUÍDO | HORAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | |
| LOCAL: | | DATA: 20/01/2023 | | PREENCHIDO POR: | |
| | | | | ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR | |

Modelo: [FORMULÁRIO 16.docx](#)

Instrução: [formulario 16 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=nN1b8OoaBcg&t=1s>

FORMULÁRIO 17

 **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**
SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL

CARGA SUPLEMENTAR / GTCN / ADICIONAL LOCAL DE EXERCÍCIO / ATESTADO DE FREQUÊNCIA 17

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO: **REGIÃO DE CAPIVARI** UCD: **06-604**

CÓD.UA/DENOMINAÇÃO: _____ MUNICÍPIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

RG: _____ RSP/VEIX: _____ NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO: _____ JORNADA _____ CATEGORIA: _____ MÊS/ANO/REF: _____

ADIDO "EX" TIPO 18 ? () "S" SE SIM PROF. COORD. ? () "S" SE SIM AFAST. MUNICIPAL () "S" SE SIM => CARGA SUPLEM. TIPO 09: _____ A PARTIR DE: _____

DADOS PARA PAGAMENTO

| A PARTIR DE | 1ª A 4ª SÉRIE | | | 5ª A 8ª SÉRIE | | | ENSINO MÉDIO | | | ESTAG. | SUP. PEDAG./DOC. | |
|-------------|-------------------------|----------|-----------|-------------------------|----------|-----------|-------------------------|----------|-----------|-------------------|-------------------------|--------|
| | CARGA SUPLEM. | G.T.C.N. | A.L.E. UA | CARGA SUPLEM. | G.T.C.N. | A.L.E. UA | CARGA SUPLEM. | G.T.C.N. | A.L.E. UA | A.L.E. | G.T.C.N. | A.L.E. |
| | QUANTIDADE ATUAL MENSAL | | | QUANTIDADE ATUAL MENSAL | | | QUANTIDADE ATUAL MENSAL | | | QTD. ATUAL MENSAL | QUANTIDADE ATUAL MENSAL | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL: _____ DATA: _____ PREENCHIDO POR: _____ ASS: _____ CHEFE DO DEPT.

UNIDADE - EQUIPE FAZENDA

| FREQUÊNCIA | | | | PERDAS | | | | | | |
|------------|-----------------|----------------------|--------------------|--------|----------|------------------|----------------|-------------|--------|---------------|
| MES / ANO | COMPARECIMENTOS | QUANTIDADE FALTA DIA | AUXILIO TRANSPORTE | 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: _____ CHEFE DO DEPT.

UNIDADE - EQUIPE FAZENDA

Tabela Carga Horária: [Carga Horária Docente 2023.xlsx](#)


Modelo: [FORMULÁRIO 17.docx](#)

Instrução: [formulario 17 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:
<https://www.youtube.com/watch?v=1Rr-UshTsPo>



FORMULÁRIO 26

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|------------------------------|--|---------------|-------------|---------------|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO | | | | | | | | | |
| ALTERAÇÃO DE JORNADA / CARGA SUPLEMENTAR | | | | | | | | | 26 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | | | | | | | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | | | | | | | | |
| DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO DE CAPIVARI | | | | | | | | | |
| CÓD.UA/DENOMINAÇÃO: | | | | | | | | UCD: 06-604 | |
| MUNICÍPIO: | | | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | | | DADOS PARA PAGAMENTO | | | | |
| DE: | | | | | PARA: | | | | |
| RG: 15936336 | | RS/PIVEX: 7068839/04 | | | PERÍODO DE: 26/01/2022 | | ATÉ: | | |
| JORNADA: BÁSICA | | UA A.L.E.: | | | JORNADA: INTEGRAL | | UA A.L.E.: | | |
| 1ª A 4ª SÉRIE | | 5ª A 8ª SÉRIE | | | ENSINO MÉDIO | | 1ª A 4ª SÉRIE | | 5ª A 8ª SÉRIE |
| CGA SUPL. | | | | | CGA SUPL. | | | | |
| G.T.C.N. | | | | | G.T.C.N. | | | | |
| A.L.E. | | | | | A.L.E. | | | | |
| NOME: SANDRA REGINA CORREA PEGORETI | | | | | | | | | |
| CARGO: PEB - II | | CATEGORIA: A | | | | | | | |
| RG: 22067095 | | RS/PIVEX: 7157538/05 | | | PERÍODO DE: 26/01/2022 | | ATÉ: | | |
| JORNADA: BÁSICA | | UA A.L.E.: | | | JORNADA: INTEGRAL | | UA A.L.E.: | | |
| 1ª A 4ª SÉRIE | | 5ª A 8ª SÉRIE | | | ENSINO MÉDIO | | 1ª A 4ª SÉRIE | | 5ª A 8ª SÉRIE |
| CGA SUPL. | | | | | CGA SUPL. | | | | |
| G.T.C.N. | | | | | G.T.C.N. | | | | |
| A.L.E. | | | | | A.L.E. | | | | |
| NOME: ERIKA BEATRIZ MARTINI GUIZO | | | | | | | | | |
| CARGO: PEB - II | | CATEGORIA: A | | | | | | | |
| RG: | | | | | RS/PIVEX: | | | | |
| JORNADA: | | | | | UA A.L.E.: | | | | |
| 1ª A 4ª SÉRIE | | | | | 5ª A 8ª SÉRIE | | | | |
| CGA SUPL. | | | | | | | | | |
| G.T.C.N. | | | | | | | | | |
| A.L.E. | | | | | | | | | |
| NOME: | | | | | | | | | |
| CARGO: | | | | | CATEGORIA: A | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | |
| LOCAL: | | DIRETOR DE ESCOLA | | | DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO | | | | |
| DATA: 20/01/2023 | | | | | | | | | |
| PREENCHIDO POR: Olga L.M.T.Tomazela | | | | | | | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO | | | | | | | | | |

| RG: | RS/PIVEX: | FREQUÊNCIA | | | | PERDAS | | | | |
|--------|--------------|------------|-----------------|----------------------|--------------------|--------|----------|------------------|-------------|-------|
| | | MES / ANO | COMPARECIMENTOS | QUANTIDADE FALTA DIA | AUXILIO TRANSPORTE | A.L.E. | G.T.C.N. | ADIC. DE TRANSP. | GRAT. GERAL | G.T.E |
| Nome: | | | | | | | | | | |
| CARGO: | CATEGORIA: A | | | | | | | | | |

| RG: | RS/PIVEX: | FREQUÊNCIA | | | | PERDAS | | | | |
|--------|--------------|------------|-----------------|----------------------|--------------------|--------|----------|------------------|-------------|-------|
| | | MES / ANO | COMPARECIMENTOS | QUANTIDADE FALTA DIA | AUXILIO TRANSPORTE | A.L.E. | G.T.C.N. | ADIC. DE TRANSP. | GRAT. GERAL | G.T.E |
| Nome: | | | | | | | | | | |
| CARGO: | CATEGORIA: A | | | | | | | | | |


| RG: | RS/PIVEX: | FREQUÊNCIA | | | | PERDAS | | | | |
|--------|--------------|------------|-----------------|----------------------|--------------------|--------|----------|------------------|-------------|-------|
| | | MES / ANO | COMPARECIMENTOS | QUANTIDADE FALTA DIA | AUXILIO TRANSPORTE | A.L.E. | G.T.C.N. | ADIC. DE TRANSP. | GRAT. GERAL | G.T.E |
| Nome: | | | | | | | | | | |
| CARGO: | CATEGORIA: A | | | | | | | | | |

| LOCAL: | ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | |
|----------------------|---|------------------------------|
| | DIRETOR DE ESCOLA | DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO |
| DATA: 20/01/2023 | | |
| PREENCHIDO POR: | | |
| ASSINATURA E CARIMBO | | |

DDPE/DEI-EQUIPE EDUCA E FAZ

Modelo: [FORMULÁRIO 26.docx](#) Vídeo DE São Carlos: <https://www.youtube.com/watch?v=pO44DpBvPGg&t=3s>

FORMULÁRIO 29

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------|---------|---------------------|--------------------|---------------------------------|----------|--------------------|
|  GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | | | | | | | | | | |
| AULAS EM SUBSTITUIÇÃO / G.T.C.N. / A.L.E. | | | | | | | | | 29 | |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE | | | | | | | | | | |
| SECRETARIA DA EDUCAÇÃO | | | | | | | | | | |
| DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO DE CAPIVARI | | | | | | | | UCD: 06-604 | | |
| CÓD.UA./ DENOMINAÇÃO: [] | | | | | | | | MUNICÍPIO: [] | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR | | | | | | | | | | |
| RG: [] | | | RS/PV/EX: [] | | | NOME: [] | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO: [] | | | | | | | | CATEGORIA: [] | | |
| MÊS/ ANO DE REF.: [] | | | É COMPLEMENTAÇÃO ? ([]) "S" SE SIM | | | | | | | |
| MÊS/ANO | P/R | AULAS EM SUBSTITUIÇÃO | | | | | | | | |
| | | 1º A 4º | | | 5º A 8º | | | ENSINO MÉDIO | | |
| | | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: [] | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: [] | HORAS | G.T.C.N. | A.L.E.: UA: [] |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] |
| FREQUÊNCIA DO MÊS | | | | | | | | | | |
| OCORRÊNCIAS | | | | PERDAS | | | | | | |
| MÊS/ANO | COMPARECIMENTOS | QTDE FALTAS | AUX.TRANSPORTE | GTE | GG | GTCN | ALE | | | |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | | |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | | |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | | |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | | |
| [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | [] | | | |
| MOTIVO DESCONTO / DEVOLUÇÃO: [] | | | | | | | | | | |
| ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | | |
| LOCAL: [] | | | | DATA: 20/01/2023 | | PREENCHIDO POR: [] | | ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR | | |

Modelo: [FORMULÁRIO 29.docx](#)

Instrução: [formulário 29 instrucao.docx](#)

Vídeo DE São Carlos:
https://www.youtube.com/watch?v=1E2_vqtKMs&t=3s



OBRIGADO!

Luiz de Oliveira Netto – Diretor II – CRH

Olga Liziane Montanhesi Tavares Tomazela - Diretor I – NFP

Maria Cecília Malavolta Vigatti

Rafaela Cristiane Aparecida de Arruda

Vanderlei Rodrigues de Jesus

Vera Lúcia Moreira da Silva

Vera Regina Ferraz Cruz

