



**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CASTANHAL**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Folha de registro de comparecimento**

Referência: **JANEIRO-2022**

Matricula : **00755435 / 9**

Data de Admissão: **15/01/2021**

Nome: **KEYLA SIMONE DA SILVA REIS**

Cargo/Função: **Medico(a)**

Lotação : **UPA PRESTADOR**

Unidade: **UPA**

DIA	DIURNO				NOTURNO			
	Entrada	RÚBRICA	Saída	RÚBRICA	Entrada	RÚBRICA	Saída	RÚBRICA
1 <b>SÁBADO</b>								
2 <b>DOMINGO</b>								
3 SEGUNDA								
4 TERÇA								
5 QUARTA								
6 QUINTA								
7 SEXTA								
8 <b>SÁBADO</b>								
9 <b>DOMINGO</b>								
10 SEGUNDA								
11 TERÇA								
12 QUARTA								
13 QUINTA								
14 SEXTA								
15 <b>SÁBADO</b>								
16 <b>DOMINGO</b>								
17 SEGUNDA								
18 TERÇA								
19 QUARTA								
20 QUINTA								
21 SEXTA								
22 <b>SÁBADO</b>								
23 <b>DOMINGO</b>								
24 SEGUNDA								
25 TERÇA								
26 QUARTA								
27 QUINTA								
28 SEXTA								
29 <b>SÁBADO</b>								
30 <b>DOMINGO</b>								
31 SEGUNDA								

Assinatura do servidor: \_\_\_\_\_

Observação da Coordenação: \_\_\_\_\_

Assinatura da Coordenação: \_\_\_\_\_



**OBSERVAÇÃO: Todo atestado ou declaração deverá ser entregue no Rh em até 72h.**