FICHA DE APONTAMENTO INDIVIDUAL

E*mpres*a: FUNDO MUN DE SAÚDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Funcionário: Fabio Wellinson Barbosa De Farias

Função:

Horário:

Departamento:

Período: 01/02/2026 A 28/02/2026 CTPS: SÉRIE:

D/M	ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO
01/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
02/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
03/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
04/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
05/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
06/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
07/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
08/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
09/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
10/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
11/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
12/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
13/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
14/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
15/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
16/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
17/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
18/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
19/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
20/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
21/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
22/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
23/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
24/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
25/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
26/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
27/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
28/02	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO

....

Assinatura do Supervisor Assinatura do Empregado