



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP
E-mail para contato: adm.fspps@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084
CNPJ: 19.843.891/0001-76

FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA DE PONTO



Funcionário		Cargo	
Matrícula		Telefone:	Unidade
Justificativa:	1	ESQUECIMENTO (limitado a 05 (cinco) ocorrências por mês)	
	2	ANOMALIA NO FUNCIONAMENTO DO REP (erro leitura biométrica, falta papel, atolamento impressa, etc.) *	
	3	SERVIÇO EXTERNO (reunião, visita à Unidade, etc.)	
	4	TRANSFERÊNCIA TEMPORÁRIA DE LOTAÇÃO	
	5	OUTROS. Justifique abaixo:	
Ocorrência de Ponto	DATA / PERÍODO OCORRÊNCIA		INFORMAR HORÁRIO DA OCORRÊNCIA
	_____ / _____ / _____ .		Entrada: _____: _____ saída almoço: _____: _____ retorno almoço: _____: _____ Saída: _____: _____
Descreva a ocorrência e relacione os documentos anexos:			
* as ocorrências de anomalia deverão vir, obrigatoriamente, assinadas por pelo menos 1 testemunha, identificada por carimbo ou por extenso e preferencialmente com foto do erro apontado.			
Assinatura do Funcionário		Chefia Imediata	
Data: _____ / _____ / _____		Data: _____ / _____ / _____	
		Testemunha	
		Data: _____ / _____ / _____	
		*Para ocorrências do tipo 2	



Setor de Recursos Humanos

Nossa missão é promover o bem estar e saúde por meio da Gestão, do cuidado, da responsabilidade, com excelência!
Nossa Visão é ser modelo na prestação de serviços de saúde, como agente transformador das políticas públicas por meio da gestão, gerência e educação!
Nossos valores são a ética, responsabilidade individual, social e ambiental, transparência, qualidade, amor, compromentimentos e efetividade!

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP
E-mail para contato: adm.fspps@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084
CNPJ: 19.843.891/0001-76

FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA DE PONTO



Funcionário		Cargo	
Matrícula		Telefone:	Unidade
Justificativa:	1	ESQUECIMENTO (limitado a 05 (cinco) ocorrências por mês)	
	2	ANOMALIA NO FUNCIONAMENTO DO REP (erro leitura biométrica, falta papel, atolamento impressa, etc.) *	
	3	SERVIÇO EXTERNO (reunião, visita à Unidade, etc.)	
	4	TRANSFERÊNCIA TEMPORÁRIA DE LOTAÇÃO	
	5	OUTROS. Justifique abaixo:	
Ocorrência de Ponto	DATA / PERÍODO OCORRÊNCIA		INFORMAR HORÁRIO DA OCORRÊNCIA
	_____ / _____ / _____ .		Entrada: _____: _____ saída almoço: _____: _____ retorno almoço: _____: _____ Saída: _____: _____
Descreva a ocorrência e relacione os documentos anexos:			
* as ocorrências de anomalia deverão vir, obrigatoriamente, assinadas por pelo menos 1 testemunha, identificada por carimbo ou por extenso e preferencialmente com foto do erro apontado.			
Assinatura do Funcionário		Chefia Imediata	
Data: _____ / _____ / _____		Data: _____ / _____ / _____	
		Testemunha	
		Data: _____ / _____ / _____	
		*Para ocorrências do tipo 2	



Setor de Recursos Humanos

Nossa missão é promover o bem estar e saúde por meio da Gestão, do cuidado, da responsabilidade, com excelência!
Nossa Visão é ser modelo na prestação de serviços de saúde, como agente transformador das políticas públicas por meio da gestão, gerência e educação!
Nossos valores são a ética, responsabilidade individual, social e ambiental, transparência, qualidade, amor, compromentimentos e efetividade!

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO