

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, matrícula n.º _____, ocupante do cargo de
_____, no perfil de _____, Lotado no(a)
_____.

(Especificar a unidade completa, incluindo, se for o caso, coordenação e gerência)

Recebo nesta data o crachá funcional para acesso e registro de assiduidade junto a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, sendo de minha única e exclusiva responsabilidade a guarda e utilização do mesmo.

Declaro ainda, estar ciente que a perda, extravio ou danificação do mesmo deverá ser comunicado de imediato ao meu superior, ficando ao meu encargo o custo da sua reemissão.

E por ser verdade firmo o presente e assino.

_____, ____/____/____
(Local), (dia) (mês) (ano)

Assinatura do servidor

ANEXO II

RELATÓRIO MENSAL DE FREQUENCIA

Da: _____
(Especificar a unidade completa, incluindo, se for o caso, coordenadoria e gerencia)

Para: Gerencia de Monitoramento e Movimentação
Coordenadoria de Provimento, Monitoramento e Manutenção/SGP/SES/MT

Seguem, abaixo, as justificativas referentes às ausências de registros de frequência no Sistema Biométrico de Controle de Frequência (SBCF) pelos servidores lotados nesta unidade no mês de ____/____.

Ord.	Nome do servidor	Mat.	Vinc.	C.H.	Dia da ocorrência	Cód.	Justificativa da Ocorrência	Assinatura do servidor

Será reputado como “falta injustificada”, as ausências de registros no Sistema de Controle e Frequencia não contempladas na tabela acima ou as que não possuam a devida justificativa da ocorrência anotada, em cumprimento ao disposto nas legislações vigentes.

_____, ____/____/____
(Local), (dia) (mês) (ano)

(Gerente ou Responsável Técnico da unidade)

(Superior Hierárquico)