



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@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		Testemunha
Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____
*Para ocorrências do tipo 2				

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, comprometimentos e efetividade!

FUNDAÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA
DE SÃO SEBASTIÃO

Setor de Recursos Humanos



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@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		Testemunha
Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____		Data: ____ / ____ / ____
*Para ocorrências do tipo 2				

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, comprometimentos e efetividade!

FUNDAÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA
DE SÃO SEBASTIÃO

Setor de Recursos Humanos