



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço  
Praça 10 de Agosto n. 10 Centro, CEP: 29-590-000  
CNPJ: 27.174.127/ 0001-83- Divino de São Lourenço – ES  
Tel. (28)-3551-1186/1177- Fax-3551-1166  
[www.dslourenco.es.gov.br/gabinete@dslourenco.es.gov.br](http://www.dslourenco.es.gov.br/gabinete@dslourenco.es.gov.br)

Divino de São Lourenço \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Secretário (a) Municipal de \_\_\_\_\_

Sr. (a) \_\_\_\_\_

O (a) Servidor (a) abaixo identificado vem respeitosamente, solicitar de V.Sª. retificação ponto não batido no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) no (s) seguinte ( s ) horário ( s ) :

- Entrada
- Saída para intervalo de almoço e descanso
- Retorno do intervalo de almoço e descanso
- Saída
- Ausência total de registro

Apresento, para tanto, a seguinte justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ass. do servidor

Matrícula

Visto do chefe imediato:

- Deferido
- Indeferido, nos seguintes termos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. e carimbo do Chefe Imediato.

Da Secretaria Municipal de Administração ao SRH:

- Deferido. Para lançamento e arquivo
- Indeferido. Para arquivo.

\_\_\_\_\_  
Secretário (a) de Administração  
Assinatura e carimbo