



Defensoria Pública  
do Estado do Paraná

## DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS - GESTÃO DE ESTÁGIOS

FOLHA PONTO - ESTAGIÁRIO ( SET - OUT ) - PAGAMENTO EM NOVEMBRO / 2020.

De 16 de Setembro à 15 de Outubro 2020

**P R E E N C H E R   I N T E G R A L M E N T E   T O D O   O   C A B E Ç A L H O**

Nome completo :				<b>A SUPERVISÃO DO ESTÁGIO</b>		
Nível Acadêmico ou Escolar:				Favor preencher em caso de faltas ou cumprimento de carga horária a menor por parte do(a) estagiário(a). Referente a anuência e/ou aceitação da supervisão perante a justificativa abaixo reportada junto ao campo observações.		
Nome do(a) Supervisor(a)-(Acompanhamento diário):						
Lotação(setor /área ) - (ATUAL)		Data final do Contrato:				
Fone( Particular/Atualizado):						
Dia	Manhã (Antes / meio-dia)		Tarde (Pós / meio-dia)		A SUPERVISÃO ABONADA/OU ACEITA A JUSTIFICATIVA?	RUBRICA DA SUPERVISÃO
	Hora de entrada	Hora de saída	Hora de entrada	Hora de saída		
16/set					SIM( ) - NÃO( )	
17/set					SIM( ) - NÃO( )	
18/set					SIM( ) - NÃO( )	
19-SETEMBRO - <u>SÁBADO</u>						
20-SETEMBRO - <u>DOMINGO</u>						
21/set					SIM ( ) - NÃO ( )	
22/set					SIM ( ) - NÃO ( )	
23/set					SIM ( ) - NÃO ( )	
24/set					SIM ( ) - NÃO ( )	
25/set					SIM ( ) - NÃO ( )	
26-SETEMBRO - <u>SÁBADO</u>						
27-SETEMBRO - <u>DOMINGO</u>						
28/set					SIM( ) - NÃO( )	
29/set					SIM( ) - NÃO( )	
30/set					SIM( ) - NÃO( )	
01/out					SIM( ) - NÃO( )	
02/out					SIM( ) - NÃO( )	
03-OUTUBRO - <u>SÁBADO</u>						
04-OUTUBRO - <u>DOMINGO</u>						
05/out					SIM( ) - NÃO( )	
06/out					SIM( ) - NÃO( )	
07/out					SIM( ) - NÃO( )	
08/out					SIM( ) - NÃO( )	
09/out					SIM( ) - NÃO( )	
10-OUTUBRO - <u>SÁBADO</u>						
11-OUTUBRO - <u>DOMINGO</u>						
12-OUTUBRO - <u>FERIADO</u> - Dia de N. S.ª Aparecida — Padroeira do Brasil						
13/out					SIM( ) - NÃO( )	
14/out					SIM( ) - NÃO( )	
15/out					SIM( ) - NÃO( )	

\*\*\* SÃO OBRIGATÓRIOS E IMPORTANTE OS PREENCHIMENTOS DE TODOS OS CAMPOS DESTE DOCUMENTO, AINDA, IMPRETERIVELMENTE DE FORMA LEGIVEL. O NÃO ATENDIMENTO AO INDICADO, PODERÁ ACARRETRAR NA DESCONSIDERAÇÃO DESTA FOLHA PONTO PARA EFEITOS DE PAGAMENTO E REMUNERAÇÃO DO RESPECTIVO MÊS \*\*\*

CAMPO PARA PREENCHIMENTO DE OBSERVAÇÕES, INFORMAÇÕES E JUSTIFICATIVAS SOBRE FALTAS, AUSÊNCIAS E/OU ATRASOS.


\_\_\_\_\_ de OUTUBRO de 2020.  
(cidade)

Assinatura do estagiário: \_\_\_\_\_

\*\*\* Confirmo as informações acima registradas, através de minha assinatura: \_\_\_\_\_

\*\*\* Assinatura do supervisor (consoante contrato)