|  |  |
| --- | --- |
| Unidade Organizacional (UO): | Telefone / Ramal: |

Aos \_\_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, o(s) funcionário(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_compareceu/compareceram à unidade organizacional e verificou/verificaram o seguinte:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Assinatura(s) e matrícula(s) do(s) representante(s) do SEMOP-Mudança: |
| Nome legível e assinatura do representante da Contratada: |
| Assinatura e matrícula do representante da UO: |