

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE CESSÃO****Identificação do(a) Servidor(a):****Nome:****Matrícula SIAPE:****Cargo Efetivo:****Nív. – Classe/Padrão:****CPF:****Unidade de Exercício / Lotação:****Endereço Residencial:****CEP:****Bairro:****Cidade-UF:****Telefone(s):****E-mail:****REQUER CESSÃO (Secretarias/Órgãos Integrantes do SUS)****Do(a):****Para:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*(Local)*\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)**UNIDADE DE LOTAÇÃO DE ORIGEM DO(A) SERVIDOR(A):****CHEFIA IMEDIATA:**Pronunciamento:  DE ACORDO  INDEFERIDO**Justificativa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*(Local)*\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo**GESTOR DA UNIDADE E/OU SECRETARIA:**Pronunciamento:  DE ACORDO  INDEFERIDO**Justificativa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*(Local)*\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo