

**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 REMOÇÃO

| | | |
|---|-----------------------|---------------------|
| 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 REMOÇÃO | |
| Do(a): _____ _____ | <input type="radio"/> POR MOTIVOS PARTICULARES |
| Para: _____ _____ | <input type="radio"/> PARA ACOMPANHAR CÔNJUGE |
| | <input type="radio"/> POR MOTIVO DE SAÚDE DO SERVIDOR POR MOTIVO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA |
| | <input type="radio"/> POR PERMUTA COM: _____ |

_____, de _____ de _____.

(Local)

Assinatura do(a) Servidor(a)

| | |
|--|--------------------------------------|
| UNIDADE DE LOTAÇÃO DE ORIGEM DO(A) SERVIDOR(A): | |
| CHEFIA IMEDIATA: | |
| Pronunciamento: <input type="radio"/> DE ACORDO <input type="radio"/> INDEFERIDO | Justificativa: _____ _____ |
| _____, de _____ de _____. | _____ |
| <i>(Local)</i> | Assinatura e Carimbo |
| GESTOR DA UNIDADE E/OU SECRETARIA: | |
| Pronunciamento: <input type="radio"/> DE ACORDO <input type="radio"/> INDEFERIDO | Justificativa: _____ _____ |
| _____, de _____ de _____. | _____ |
| <i>(Local)</i> | Assinatura e Carimbo |