



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

REQUERIMENTO DE DISPENSA, EXONERAÇÃO E RESCISÃO

À SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:

Nome:	
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	Local de trabalho:
Telefone:()	E-mail:
Endereço:	

VENHO REQUERER, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DISPENSA DE FUNÇÃO GRATIFICADA

A contar de ____/____/____.

EXONERAÇÃO DE CARGO COMISSIONADO

A contar de ____/____/____.

EXONERAÇÃO DE CARGO EFETIVO

A contar de ____/____/____.

RESCISÃO DE CONTRATO

A contar de ____/____/____.

O(A) SERVIDOR(A) DEVERÁ PROVIDENCIAR:

- ASO DEMISSIONAL (Somente pelo DESAS)
- Cancelamento do Plano de Saúde, junto a UNIMED.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Rio das Ostras, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Servidor (a)