



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 ABAIXO:

- ☐ **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 ____/____/____.

TERMO DE CIÊNCIA

(SOMENTE PARA EXONERAÇÕES E RESCISÃO)

-Estou ciente que deverei entrar em contato com o Departamento de Saúde e Segurança do Servidor - DESAS, por meio do telefone/WhatsApp (22) 2771-1441, para agendar o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) Demissional em até 10 dias úteis, a contar da publicação.

-Após a publicação do ato oficial, deverei me dirigir à agência de atendimento da UNIMED COSTA DO SOL para efetuar o cancelamento do Plano de Saúde.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Rio das Ostras, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Servidor (a)