

**Formulário de Alteração de Lotação**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
TELEFONE: 3512 3197 | E-MAIL: diretoriadesa@gmail.com  
RUA PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA - BETIM | MG - CEP.: 32600-412



PREFEITURA DE  
**BETIM**  
CIDADE DO BEM

**Identificação do Servidor**

Nome:		Matrícula:	0204464-1
Telefone:		E-mail:	

**Declaração da Situação Atual**

Cargo:		Carga Horária semanal:	
Lotação atual:			
Gestor do Setor de Lotação Atual:			
Lotação Destino:			
Gestor do Setor de Lotação de Destino:			
Alteração de Lotação:	( ) Com permuta ( ) Sem permuta ( ) Por ofício/ interesse do município ( ) Por indicação de saúde		
Nome do Servidor - Caso Permuta			

**Justificativa para a Realização da Alteração de Lotação:**

--

Assinatura do Servidor:		Data:	
-------------------------	--	-------	--

**AUTORIZAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA ATUAL**

Nome:		Cargo:	
Assinatura:		Data:	

**AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DE DESTINO**

Nome:		Cargo:	
Assinatura:		Data:	

**AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Nome:		Cargo:	
Assinatura:		Data:	

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nome:		Cargo:	
Assinatura:		Data:	