



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP
DGT – Divisão de Gestão do Trabalho
NAPS-Núcleo de Atendimento ao Profissional na Saúde

UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIDÃO FUNCIONAL

FINALIDADE/DESTINO: _____

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ RF _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones: Cel. () _____ Res. () _____ Com. () _____

E-mail: _____

Vem mui respeitosamente requerer de V. E^a. o **DEFERIMENTO** do pedido supra.

OBS.: Fico ciente que terei o prazo improrrogável de 30 (trinta) dias após ser convocado, para a retirada da Certidão e que em caso de não comparecimento, o processo será ARQUIVADO.

Nestes Termos Pede Deferimento

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente