



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA  
Departamento de Controle e Pagamento de Pessoal - DCP / SMRH

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL (RELOTAÇÃO)

**Orientações Gerais:**

1. A Secretaria atual deve preencher corretamente todos os campos.
2. O Servidor deve comparecer na DIMOP (antigo DEESMT) com este impresso em mãos e devidamente preenchido para realizar o agendamento médico.
3. O Servidor deve comparecer na data e horário agendado.
4. O servidor deverá aguardar autorização da Secretaria Municipal de Recursos Humanos para efetivar a transferência pretendida.

À  
Secretaria de Recursos Humanos

Matrícula \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO ATUAL**

**AUTORIZO** a relocação do(a) servidor(a) acima, atualmente lotado junto à Secretaria \_\_\_\_\_

Divisão/Departamento \_\_\_\_\_ Local de Trabalho atual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do(a) Secretário(a)**

**SITUAÇÃO FUTURA**

**AUTORIZO** a relocação do(a) servidor(a) acima, que será lotado junto à Secretaria \_\_\_\_\_

Divisão/Departamento \_\_\_\_\_ Local de Trabalho futuro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo do(a) Secretário(a)**

**AGENDAMENTO MÉDICO - DEESMT**

Data da Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Responsável pelo Agendamento \_\_\_\_\_

Ciência do Trabalhador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contatos do Trabalhador: \_\_\_\_\_

**Obs.: A ausência à consulta agendada, acarretará em penalidades administrativas.**

**PARECER DO DIMOP**

\_\_\_\_\_

APTO ( ) COM RESTRIÇÕES ( )

INAPTO ( )

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Medicina do Trabalho