



Requerimento de Movimentação Funcional – Prover Pessoal

FORM. 001 Revisão 05 – 27/02/2026

Unidade responsável: Gerência de Gestão de Pessoas

Dados Cadastrais do Servidor Interessado

Nome Completo			
CPF		Telefone	
Endereço Completo			
Email			
Vínculo	☐ Efetivo ☐ Comissionado ☐ Celetista ☐ Outro _____		
	Possui outro cargo público	☐ Não ☐ Sim – Órgão / Ente: _____	
	Cargo	Função	
	Especialidade		
Órgão de Origem		Órgão de Lotação Atual	
Unidade de Lotação Atual			

Objeto do Requerimento

☐ Lotação	☐ Remoção	☐ Disposição
☐ Cessão	☐ Retorno ao órgão de origem	☐ Outros (especificar):

Assunto (Descrição da solicitação):

Manifestações dos Envolvidos*

Unidade de lotação atual	Unidade de lotação pretendida
Assinatura	Assinatura
Carimbo	Carimbo
Data:	Data:

Assinatura Servidor Interessado: _____ / /

* As manifestações dependem do assunto requerido e as assinaturas das Unidades envolvidas devem ser exclusivamente dos responsáveis pela Estrutura Básica e Complementar relacionadas, ou equivalentes, nos casos das Unidades de Saúde.