



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP  
DGT – Departamento 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<sup>a</sup>. 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