

	PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA FORMULÁRIO DE REMOÇÃO DE BOLSISTA	RECEBIDO DATA____/____/2026. _____ Assinatura – ESPP
INFORMAÇÕES SOBRE O PESQUISADOR		
() A PEDIDO () DEMANDA ADMINISTRATIVA		
NOME DO PESQUISADOR:		
MATRÍCULA:		
TELEFONE:		
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO		
PROGRAMA/PROJETO/ NÚCLEO/PLANO:		
CARGA HORÁRIA – PRÁTICA + TEÓRICA		
LOTAÇÃO ATUAL:		
LOTAÇÃO PRETENDIDA:		
PARECER DA DIRETORIA OU SUPERINTENDÊNCIA DA LOTAÇÃO DE ORIGEM		
		____/____/2026.
[] DEFERIDO [] INDEFERIDO		
----- Assinatura		
PARECER DA DIRETORIA OU SUPERINTENDÊNCIA DA LOTAÇÃO PRETENDIDA		
		____/____/2026.
[] DEFERIDO [] INDEFERIDO		
----- Assinatura		
JUSTIFICAVA DA REMOÇÃO		
		____/____/2026.
Assinatura do(a) Bolsista(a)		
REMOVER A PARTIR DE____/____/2026		
PARECER DO DO SECRETÁRIO EXECUTIVO DA ESPP OU DO RESPONSÁVEL DE RECURSOS HUMANOS		
		____/____/2026.
[] DEFERIDO [] INDEFERIDO		
----- Assinatura		