



**REQUERIMENTO DE OPÇÃO PELO PLANO DE CARGOS,
CARREIRAS E VENCIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
EFETIVOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARNAMIRIM/RN**

NOME COMPLETO	
CARGO	MATRÍCULA
<p>Venho nos termos do Art.13, §1º da Lei Complementar nº0149/2019 de 15 de maio de 2019, optar por integrar o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos profissionais da saúde, efetivos da Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim/RN, na forma estabelecida pela Lei em referência.</p> <p>Declaro estar ciente de que este ato é irrevogável e irretratável.</p> <p>Parnamirim, ____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Usuário</p>	
Nº DO PROTOCOLO	RECEBIDO EM ____/____/____
<p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo Setor Recursos Humanos</p>	

Obs.: Deverá ser impresso preenchido e assinado em 2 (duas) vias.