



PREFEITURA MUNICIPAL DE MINAS NOVAS

Rua "Getúlio Vargas", 158-B - Centro
CEP: 39.650-000 – Minas Novas (MG)
Fone: (33) 3764-1104 – Fax: (33) 3764-1252
E-mail: pmmn@uai.com.br

PORTARIA Nº 75, DE 16 DE AGOSTO DE 2016.

“Exonera servidor e dá outras providências”.

O Prefeito Municipal de Minas Novas, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 152, inciso I da Lei Complementar nº 03, de 23 de Setembro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º - EXONERAR, a pedido, conforme requerimento anexo, a senhora BRISA MARIA DO ROSÁRIO NUNES DA CRUZ, matrícula 6736, do cargo efetivo de Agente de Fiscalização, lotado na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.


Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

Minas Novas, 16 de Agosto de 2016.


GILBERTO GOMES DE SOUSA
Prefeito Municipal.

À PUBLICAÇÃO
MINAS NOVAS, 17/08/2016


Gustavo Luiz Coelho Rodrigues
PRESIDENTE

CONSÓCIO PARA NUNES NUNES 17/08/2016 10:46 000000009

R
E
Q
U
E
R
I
M
E
N
T
O
O
U
S
O
L
I
C
I
T
A
C
Ã
O

O (a) abaixo assinado, cujos dados se seguem, vem à presença de V. Ex^a para

Requerer
Ítem(s).
Concessão e gozo de férias anuais
Concessão de férias prêmio
Gozo de férias prêmio já concedidas
Contagem de tempo de serviços para efeito de
Concessão do _____
quinquênio administrativo

Solicitar
Ítem(s).
Licença sem vencimentos
Licença para tratamento de saúde própria
Licença para tratamento de saúde de familiar (Anexar Laudo Médico)
Conversão de _____ férias prêmio em espécie dias
→ Exoneração do cargo de Agente de Fiscalização, a partir de 08/08/2016

Duração = Período do afastamento: DE _____ a _____
Período de aquisição: DE _____ a _____

Nome Brisa Maria do Rosário Nunes da Cruz
Matrícula 6736 Ocupante do cargo de Agente de Fiscalização
Símbolo _____ Lotado (a) na Secretaria Municipal Saúde.
Exercendo função SMS
Situação funcional Efetivo Admitido/Contratado em 08/08/2011

Minas Novas (MG), 08 de Agosto de 2016.

Brisa Maria do Rosário Nunes da Cruz
Servidor (a)

De acordo Informações no verso.
Em ___/___/___

De acordo Informações no verso.
Em ___/___/___

Chefe Direto

[Assinatura]
Secretário (a) Municipal

Em: 08/08/2016.

Sr: Prefeito:

Tem direito ao que requer/solicita. NÃO tem direito.

Enquadramento legal: Lei Complementar N.º - 03 de 23/09/2008 - Art. -65 - §1º

PARECER: Pelo DEFERIMENTO. Pelo INDEFERIMENTO.

P/A. Adm - Divisão de Recursos Humanos

Secretário Municipal de Administração

Em ___/___/___
DESPACHO

De acordo com informações DEFIRO INDEFIRO
/ Secretaria Municipal de Administração, para medidas decorrentes./

[Assinatura]

PREFEITO MUNICIPAL

Em ___/___/___
 Avisado à Secretaria de origem, via telefone em ___/___/___/.
 Enviada cópia para conhecimento da Secretaria de origem.

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO AVISO

DECLARO: ter usufruído _____ (_____) dias de férias;
 ter recebido o benefício acima;
 ter tomado conhecimento da decisão do Sr. Prefeito.

Servidor(a)