SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO **FORMULÁRIO PARA RECURSO**	PROTOCOLO
NOME:	MATRÍCULA

TELEFONE CELULAR	TELEFONE FIXO
CPF:	CARGO/FUNÇÃO:
UNIDADE DE TRABALHO:	GERES:

À COMISSÃO ADMINISTRATIVA PERMANENTE.
PELO PRESENTE SOLICITO REVISÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO NOS CRITÉRIOS CITADOS ABAIXO, NO CICLO DE AVALIAÇÃO DE _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____ SOB OS SEGUINTES ARGUMENTOS:

☐ REVISÃO DA NOTA - CHEFIA IMEDIATA

☐ REVISÃO DA NOTA - PLANO DE METAS

☐ OUTROS

JUSTIFICATIVA / ESCLARECIMENTO DE INFORMAÇÀO COMPLEMENTARES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

EM: _____ / _____ / _____ _____

ASSINATURADOREQUERENTE