

**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  
SEGUINTE ARGUMENTOS:**

REVISÃO DA NOTA - AUTO AVALIAÇÃO

REVISÃO DA NOTA - CHEFIA IMEDIATA

REVISÃO DA NOTA - PLANO DE METAS

OUTROS

JUSTIFICATIVA / ESCLARECIMENTO DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE