



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI**  
**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E DIMENSIONAMENTO**

Campus de Juazeiro do Norte - CE  
CEP: 63.048-080 – Avenida Tenente Raimundo Rocha, 1639 – Bairro Cidade Universitária  
atendimento.progep@ufca.edu.br / 88-3221.9312 / 9316

**REMOÇÃO**

Art. 36, Inciso III, letra “b” da Lei nº 8.112/90  
por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente

**DADOS DO SERVIDOR:**

Nome: \_\_\_\_\_  
SIAPE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
Classe: \_\_\_\_\_ Nível/Padrão: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Unidade/Subunidade de Lotação Atual: \_\_\_\_\_  
Gestor da Unidade: \_\_\_\_\_

**INFORMAR UNIDADE DE DESTINO DESEJADA:**

**INFORMAR MOTIVOS DO PEDIDO DE REMOÇÃO:**

**INFORMAR ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA ATUAL LOTAÇÃO:**

**INFORMAR LINK PARA ACESSO AO CURRÍCULO LATTES:**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS / OBSERVAÇÕES:**

 Comprovante de residência;

 Atestado(s) ou parecer(es) médico(s) especializado(s) que comprove(m) a enfermidade acometida, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), acondicionado em envelope devidamente lacrado, de modo a resguardar o sigilo do interessado;

 Em se tratando de saúde de cônjuge, companheiro ou dependente, anexar documentos comprobatórios das informações e de que o dependente viva às expensas do servidor e conste do seu assentamento funcional.

**TERMO DE SOLICITAÇÃO:**

Solicito minha remoção nos termos deste formulário, conforme o disposto no artigo 36, inciso III, letra “b” da lei 8.112/90.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor solicitante

