

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE RELOTAÇÃO

Nome do Residente:	
Matrícula:	
Lotação atual:	
Supervisor da residente:	
Cargo:	
Data de início na lotação atual:	Data de saída na lotação atual:
<input type="checkbox"/> Declaro concordância com a relocação do(a) residente(a) para outra Unidade Administrativa.	
<input type="checkbox"/> Não concordo com a relocação do(a) residente(a) para outra Unidade Administrativa.	

São Luís, ____/____/ 2025.

Assinatura do Chefe do Setor

Assinatura do Residente

DADOS DA NOVA LOTAÇÃO – a ser preenchido pela CGP	
Unid Administrativa	
Supervisor	
Data de Início	
São Luís, __/ __/ 2025	Assinatura CGP: