



# PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADINA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### TERMO DE PERMUTA DE PLANTÃO

Eu, \_\_\_\_\_, informo ao Secretário de Saúde, que nas datas abaixo relacionadas, estarei impossibilitado (a) de comparecer ao plantão na função de \_\_\_\_\_, em razão do (s) seguinte (s) motivo (s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Informo ainda, que estará me substituindo o (a) servidor (a) \_\_\_\_\_ de mesma função, que estando ciente das responsabilidades e de acordo com a substituição, abaixo assina, com aquiescência prévia do coordenador responsável.

Desde já, deixo consignada que a permuta será compensada nos plantões dos dias abaixo relacionados, data que estará sob minha responsabilidade.

| Funcionário Solicitante |         | Funcionário substituto |         |
|-------------------------|---------|------------------------|---------|
| Data                    | Horário | Data                   | Horário |
|                         |         |                        |         |
|                         |         |                        |         |
|                         |         |                        |         |
|                         |         |                        |         |
|                         |         |                        |         |

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

Funcionário solicitante: \_\_\_\_\_

De acordo: \_\_\_\_\_

**Funcionário Substituto**

Ciente: \_\_\_\_\_

**Diretor PAM / Secretário Municipal de Saúde**