|  |  |
| --- | --- |
| **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO** | **UCD** |
| **SECRETARIA DA SAÚDE** | **CDPe.1** |
| **U.O.:** |
|  |
| **U.D.:** |  |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PORTARIA DE ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO** | | | | |
|  | | | | |
| **O DIRETOR DO CENTRO DE PESSOAL, DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DA SECRETARIA E DA SEDE, DA COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS, DA SECRETARIA DA SAÚDE,** no  uso de sua competência conferida pelo artigo 37, Inciso I, do Decreto nº 52.833 de 24/03/2008, concede ao interessado abaixo identificado por ter completado 15 anos de efetivo exercício, mais 1(hum) quinquênio de **ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO**, de acordo com artigo 129 da Constituição Estadual de 05/10/1989, que somado aos já concedidos totalizam 03 quinquênio(s), a partir de 01/01/2020. | | | | |
|  | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | |
| **RG.:** | | | | **RS/PV:** |
| **NOME:** | | | | |
| **CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO:** | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA** | | | | |
| **CÓDIGO UA** | **DENOMINAÇÃO** | | | |
|  |  | | | |
| **DADOS PARA PAGAMENTO** | | | | |
| **A PARTIR DE** | | **SEXTA-PARTE**  **De: Para:** | | **PUBLICAÇÃO DA CONCESSÃO E RETIFICAÇÃO** |
|  | |  | | **DOE DA CONCESSÃO:** |
| **QDE.QUINQUÊNIO: DE:** | | | **Para:** | **DOE DA RETIFICAÇÃO:** |
| **ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES** | | | | |
| LOCAL: São Paulo DATA: | | |  | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |
| **USO DO DDPE PARA AVERBAÇÃO** | | | | |
| AVERBADO PELA SD:  DATA: / / | | |  | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL |