



1 UNIDADE SOLICITANTE

DRES / NÍVEL CENTRAL	UNIDADE	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
----------------------	---------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2 DADOS DO POSTO DE TRABALHO

CARGO CORRELATO

AGENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE TÉCNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE ENFERMEIRO

CIRURGIÃO-DENTISTA MÉDICO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CATEGORIA PROFISSIONAL / ESPECIALIDADE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ATENÇÃO PRIMARIA REDE DE URGÊNCIA REDE COMPLEMENTAR GESTÃO

EQUIPE

BÁSICA – ESF Nº _____ APOIO SAÚDE BUCAL – ESF Nº _____ NASF OUTROS

REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

CONHECIMENTOS DESEJÁVEIS

3 JORNADA DE TRABALHO

CARGA HORÁRIA _____ HORAS SEMANAIS

MARQUE O TIPO DE JORNADA

SEMANAL

PLANTÃO SE PLANTÃO, INDIQUE: HORÁRIO _____ 12X36 12X60 12X72

FERISTA

4 HORÁRIO DE TRABALHO

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
_____ ÀS _____	_____ ÀS _____	_____ ÀS _____	_____ ÀS _____	_____ ÀS _____	_____ ÀS _____	_____ ÀS _____

*OS HORÁRIOS DE TRABALHO PODERÃO SER ALTERADOS, A CRITÉRIO DA NECESSIDADE DO SERVIÇO, DESDE QUE NÃO APRESENTE IMPACTO FINANCEIRO.

5 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA

CAMPANHAS SAZONAIS / PROJETOS ESPECIAIS INCREMENTO REPOSIÇÃO

6 EM CASO DE REPOSIÇÃO INFORMAR TAMBÉM

MOTIVO DA REPOSIÇÃO

APOSENTADORIA / EXONERAÇÃO LICENÇA SEM VENCIMENTO RESCISÃO / TÉRMINO DE CONTRATO

CESSÃO NOMEAÇÃO PARA CARGO COMISSIONADO TRANSFERÊNCIA

FÉRIAS PRÊMIO READAPTAÇÃO FUNCIONAL LICENÇA MÉDICA PROLONGADA

LICENÇA MATERNIDADE REDUÇÃO DE JORNADA OUTROS: _____

BM / MAT	NOME DO PROFISSIONAL	CARGO – CATEGORIA / ESPECIALIDADE
----------	----------------------	-----------------------------------

7 EM CASO DE INCREMENTO JUSTIFICAR

8 GERÊNCIA IMEDIATA

DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO GERENTE
------	---------------------------------