

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO
DAS BASES CONTRATUAIS**

1 – Solicitação			
Nome do Profissional	CPF	Matrícula	Data Início
Categoria Profissional	Especialidade	Lotação atual	Classificação __A __B __C __D
Área de atuação: <input type="checkbox"/> Equipe Básica <input type="checkbox"/> Equipe de Apoio <input type="checkbox"/> Rede de Urgência <input type="checkbox"/> Rede Complementar <input type="checkbox"/> Gestão			
Solicita ALTERAÇÃO referente à: Carga horária: de _____hs para _____hs semanais Turno de trabalho: de Plantão _____ para Plantão _____ Dias: _____ Unidade de lotação _____ Classificação __A __B __C __D Área de atuação: Equipe Básica N°: _____ Equipe de Apoio: _____ Equipe Saúde Bucal N°: _____ Rede de Urgência: _____ Rede Complementar: _____ Gestão: _____			
Justificativa (usar o verso, se necessário):			
2 – Declaração de ciência da ABC pelo profissional			
Declaro estar ciente: 1. Da(s) alterações de base do contrato administrativo firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e de pleno acordo com os novos termos; 2. Que o valor da remuneração mensal será calculado com base na(s) alteração(ões), considerando os parâmetros definidos por lei; 3. Que no caso de desistência da(s) alteração(ões) solicitada(s), a(s) DRES deve(m) ser comunicada(s) imediatamente, para cancelamento desse processo de ABC junto à GGTRA; 4. Da necessidade de preencher e anexar a esta solicitação uma nova Declaração de Vínculo.			
____/____/____ Data	_____ Assinatura do Profissional		
Gerente unidade origem/ Gestão Trabalho/ DRES/NC	Gerente unidade destino/ Gestão Trabalho/ DRES/NC		
_____ Assinatura / carimbo	_____ Assinatura / carimbo		
3 – Valor Remuneração			
DE: Remuneração Base: _____ Abono Fixação: _____ Abono Urgência: _____ Abono Rede Complementar: _____ Abono de Insalubridade: _____ Prêmio de Eq. Pró-Família: _____ Prêmio de Apoio Pró-Família: _____ Remuneração Bruta: _____ Custo Mensal: _____ Custo Anual: _____	DE: Remuneração Base: _____ Abono Fixação: _____ Abono Urgência: _____ Abono Rede Complementar: _____ Abono de Insalubridade: _____ Prêmio de Eq. Pró-Família: _____ Prêmio de Apoio Pró-Família: _____ Remuneração Bruta: _____ Custo Mensal: _____ Custo Anual: _____		
4 – Parecer GGTRA			
À GESPE/DIEP Processar essa ABC a partir de ____/____/____			
_____ Responsável GGTRA/DIEP			_____ Data
ORDEM DE SERVIÇO			
Ordeno o pagamento das despesas decorrentes desta Alteração de Bases Contratuais, de acordo com o presente documento, cujo original deverá ser apensado ao processo de Contrato Administrativo firmado entre o profissional e a Secretaria Municipal de Saúde, tornando-se parte integrante do mesmo.			
Belo Horizonte, ____/____/____			_____ Assinatura do Secretário Municipal de Saúde