PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO ADMINISTRATIVA – CADM

Limpar

Imprimir

1 UNIDADE SOLICITANTE

DRES / NÍVEL CENTRAL	UNIDADE	☐ A ☐ B ☐ C ☐ 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

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

SAAAD – 03027005 - I