



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

**ANÁLISE DE CONTRATAÇÃO**

**Código:** HCF-DGP-FOR-1

**Revisão:** 0

**Elaborado em:** 07/10/2020

<b>FATOR GERADOR DE CONTRATAÇÃO</b>	<input type="radio"/> <b>Reposição Automática FAMAR</b>
	<input type="radio"/> <b>Aumento de Quadro*</b> <input type="checkbox"/> FUMES não Optante <input type="checkbox"/> FUMES Optante <input type="checkbox"/> Situação Fortuita <input type="checkbox"/> Implementação / Potencialização de Serviço
<small>*Em caso de aumento de quadro, deverá estar anexo a este formulário, a "Proposta de Contratação para Aumento de Quadro", contendo dimensionamento da área específica e justificativa frente à escala de trabalho laboral.</small>	

<b>COLABORADOR DESLIGADO</b>	Nome:	
	Cargo:	Matrícula:
	RG:	CPF:
	Departamento/Gerência/Núcleo:	
	Centro de Custo:	Carga Horária:
	Horário: <i>Entrada</i> ___:___ <i>Intervalo</i> ___:___ - ___:___ <i>Saída</i> ___:___	
	Desligamento a pedido: <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Colaborador	
	Data desligamento:	
	Motivo Desligamento:	

<b>DIRETRIZES PARA CONTRATAÇÃO</b>	Departamento/Gerência/Núcleo:	
	Centro de Custo:	Cargo:
	Carga Horária:	Turno:
	Horário: <i>Entrada</i> ___:___ <i>Intervalo</i> ___:___ - ___:___ <i>Saída</i> ___:___	
	Disponibilidade de Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Quantos? _____	

(Chefia Imediata)  
Carimbo e assinatura

(Chefia Mediata)  
Carimbo e assinatura



**PARECER CONSELHO ADMINISTRATIVO FAMAR\***

APROVADO

NÃO APROVADO

\*Em caso de aumento de quadro, preencher este campo e anexar cópia da ata de reunião do Conselho Administrativo.

<b>CONTROLE DGP</b>	Nome:
	Cargo: Matrícula:
	RG: CPF:
	Departamento/Gerência/Núcleo:
	Centro de Custo: Carga Horária:
	Horário: <i>Entrada</i> ____:____ <i>Intervalo</i> ____:____ - ____:____ <i>Saída</i> ____:____
	Data de início:

(Diretor do Departamento de Gestão de Pessoas)  
Carimbo e assinatura