DECRETO Nº 9170

De 27 de outubro de 2010

(Regulamenta a gratificação de desempenho e **produtividade médica no Programa de Saúde da Família** criada pela Lei nº 4.100 de 14 de setembro de 2010)

ANEXO I

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requeiro a gratificação por exercício de atividade médica estabelecida pela Lei n.º 4.100, de 14 de setembro de 2010.

Tipo ( ) I, ( ) II, ( ) III para o recebimento da referida gratificação. Estou ciente e de acordo, me comprometendo a atender aos critérios estabelecidos no Decreto Regumentador da referida Lei, não cabendo qualquer exceção. No caso de não atendimento aos critérios estabelecidos, estou ciente de que não terei direito ao recebimento da referida gratificação no mês subseqüente.

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

CRM:

...................................................................................................................................................................

Para preenchimento da Diretoria de Atenção à Saúde:

( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

DECRETO Nº 9169

De 27 de outubro de 2010

(Regulamenta a gratificação de desempenho e **produtividade médica ambulatorial** criada pela Lei nº 4099 de 14 de setembro de 2010)

ANEXO I

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requeiro a gratificação por exercício de atividade médica estabelecida pela Lei n.º 4099 de 14 de setembro de 2010.

Tipo ( ) I, ( ) II, ( ) III para o recebimento da referida gratificação. Estou ciente e de acordo, me comprometendo a atender aos critérios estabelecidos no Decreto Regumentador da referida Lei, não cabendo qualquer exceção. No caso de não atendimento aos critérios estabelecidos, estou ciente de que não terei direito ao recebimento da referida gratificação no mês subseqüente.

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

CRM:

...................................................................................................................................................................

Para preenchimento da Diretoria de Atenção à Saúde:

( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

DECRETO Nº 9993

De 30 de dezembro de 2013

(Regulamenta a gratificação de desempenho e **produtividade médica – plantonistas e especialidades**  criada pela Lei nº 4383 de 01 de junho de 2012)

ANEXO I

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, requeiro a gratificação especial por exercício de atividade médica estabelecida pela Lei n.º 4383 de 01 de junho de 2012.

Tipo: ( ) A, ( ) B, ( ) C, ( ) D - Nível: ( ) 1, ( ) 2, ( ) 3 para o recebimento da referida gratificação. Estou ciente e de acordo, me comprometendo a atender aos critérios estabelecidos no Decreto Regumentador da referida Lei, não cabendo qualquer exceção. No caso de não atendimento aos critérios estabelecidos, estou ciente de que não terei direito ao recebimento da referida gratificação no mês subseqüente.

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

CRM:

...................................................................................................................................................................

Para preenchimento da Diretoria de Atenção à Saúde:

( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo