



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Rua Marrey Júnior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4110
CNPJ: 09.161.265/0001-46

FASE 1

SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE QUADRO FUNCIONAL

Interessado: _____

Centro de Custo: _____

I – Da Necessidade

1. Função:

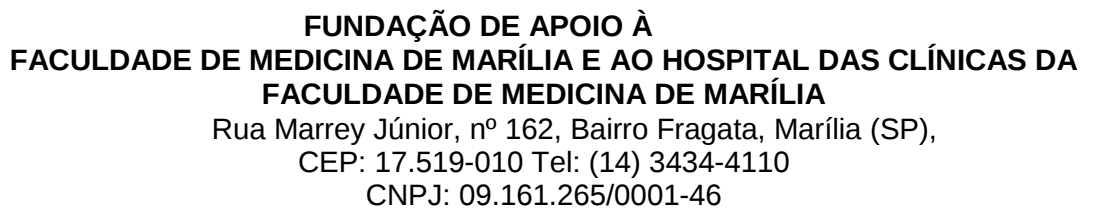
2. Quantidade de Profissionais:

3. Para Quando:

4. Descrição Resumida das Funções:

II – Da Razão

1. Motivo:

[illegible][illegible]

Encaminha-se à FAMAR, em ____ / ____ / ____.

Elaborado Por	Aprovador Por	Anuência - Autarquia
Carimbo e assinatura	Carimbo e assinatura	Carimbo e assinatura



FASE 2

DE USO DA DIRETORIA EXECUTIVA - FAMAR

I – Da Análise do Custo

1. Valor do Aumento de Custo de Pessoal, Encargos e Benefícios: (inserir a tabela de custo do aumento de quadro da função);
2. Valor do Custo Atual da Função (Fonte Folha de pagamento);

II – Da Análise do Retorno Obtido com o Investimento

1. Valor Tabela SUS Paulista e/ou outros convênios a ser faturado e recebido, ou repassado (indicação do período do início do faturamento e recebimento efetivo);
2. Comparativo do Custo do aumento do custeio X retorno;
3. Conclusão do Impacto;

III – Do Cenário do (s) Convênio (s) e Financeiro da FAMAR

1. Análise de viabilidade;

IV – Do Encaminhamento à Autarquia

Encaminha-se à _____, para decisão quanto à inclusão na pauta regular do Conselho de Administração da FAMAR.

Marília, ____ / ____ / ____.

(Carimbo e assinatura do Diretor Presidente)

DE USO DA AUTARQUIA SOLICITANTE

- ☐ Encaminhar ao Conselho de Administração da FAMAR para deliberação.
- ☐ Não Encaminhar ao Conselho de Administração, devolvendo ao interessado.

Marília, ____ / ____ / ____.

(Carimbo e assinatura da Autoridade Máxima - Autarquia)