



DECRETO Nº 1.434, DE 30 DE OUTUBRO DE 2014

Dispõe sobre a classificação do servidor Profissional de Medicina em Médico Especialista.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CORUMBÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município e a Lei Complementar nº. 85/2005,

DECRETA:

Art. 1º Fica classificado o cargo de Profissional de Medicina em Profissional de Medicina Especialista os casos de servidor efetivo que no exercício de suas funções exerça atribuições de especialista, desde que tenha apresentado o seu título de especialista na forma da Lei Complementar nº 85/2005.

Art. 2º A classificação em Médico Especialista é de caráter definitivo, sendo defeso o servidor ocupar ou exercer função inferior.

Art. 3º Na classificação em especialista será mantida a Classe do servidor, sua carga horária e suas vantagens financeiras.

Art. 4º A classificação em especialista do Profissional de Medicina terá efeitos financeiros após o protocolo da Declaração de Compromisso Funcional (DCF) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme anexo único.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PAULO DUARTE

Prefeito Municipal

ANEXO ÚNICO DO DECRETO Nº 1.434, DE 30 DE OUTUBRO DE 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO PÚBLICA

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO FUNCIONAL

NOME COMPLETO

Nº DO CRM-MS	ADMISSÃO 1º VÍNCULO	CARGA HORÁRIA	ADMISSÃO 2º VÍNCULO	CARGA HORÁRIA
TELEFONES PARA CONTATO	E-MAIL			
PRIMEIRO VINCULO				
ESPECIALIDADE/ATIVIDADE	DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO			

FUNÇÃO QUE EXERCE

UNIDADE DE
EXERCÍCIO

HORÁRIO TRABALHO:

MATUTINO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

VESPERTINO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

NOTURNO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

SEGUNDO VÍNCULO

ESPECIALIDADE/ATIVIDADE

DATA DE INÍCIO
DO EXERCÍCIO

FUNÇÃO OCUPADA

UNIDADE DE
EXERCÍCIO

HORÁRIO TRABALHO:

MATUTINO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

VESPERTINO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

NOTURNO: DAS _____ HORAS ÀS _____ HORAS

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO APRESENTADO

Certificado de conclusão de Residência Médica, credenciada
pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Título de Especialista de Associação ou Sociedade Brasileira da
respectiva especialidade

Certificado de Pós-graduação em nível de especialização
presencial

Certificado de Pós-graduação em nível de especialização à
distância

O comprovante da titulação de pós-graduação deverão ser
entregues em cópia autenticada e estar devidamente
registrados em Conselho Regional de Medicina, na forma da
legislação vigente, e

COMPROMISSO FUNCIONAL

Declaro que as informações acima correspondem à verdade,
firmando o compromisso de exercer a função que ocupo,
conforme a carga horária e condições definidas pela Secretaria
Municipal de Saúde.

SERVIDOR

Em, ____/____/____

ASSINATURA

CIENTE DA
CHEFIA IMEDIATA

Em,
____/____/____

ASSINATURA

IONEWS

contato@ionews.com.br

Código de autenticação: 1c8339de

Consulte a autenticidade do código acima em <http://do.corumba.ms.gov.br/Legislacao/pages/consultar>