DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO RESIDENCIAL E TELEFONE PARA CONTATO

Eu,_____,

RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP, que meu endereço residencial é _____,nº_____, bairro_____, localizado na cidade de _____, estado _____, CEP _____.

DECLARO ainda que meu (s) telefone (s) de contato são _____, _____.

DECLARO, também, que possuo o seguinte endereço de e-mail para contato _____.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Eu,_____,
RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba – CISALP, que possuo a seguinte conta bancária, a qual deverá ser registrada para pagamento do meu salário:

Banco: **Banco do Brasil**

Agencia: _____

Conta Corrente ou conta salário: _____

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

Obrigatório anexar: Cópia da comprovação que os dados bancários estão em seu nome.

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu,_____,
RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP, que:

( ) Nesta data, não possuo bens patrimoniais e valores gravados em meu nome, do meu cônjuge e de meus dependentes.

( ) Nesta data, possuo bens patrimoniais e valores gravados em meu nome, e/ou do meu cônjuge e/ou de meus dependentes, conforme descrições anexas a este documento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

Obrigatório anexar: Cópia do comprovante (quando aplicável) dos bens e valores.

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGOS PÚBLICOS, EMPREGOS E FUNÇÕES COM HORÁRIO ESPECIFICADO.

Eu,_____,
RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e no Decreto nº 2.027, de 11/10/1996, que:

( ) **EXERÇO** o cargo de _____, pertencente à estrutura do órgão _____; DECLARO que estou sujeito à carga horária de _____ semanais, que cumpro diariamente, no horário de _____ às _____, conforme certidão expedida por_____;
( ) **NÃO EXERÇO** cargo, emprego ou função pública em quaisquer das esferas (federal, estadual ou municipal), não comprometendo, desta forma, minha contratação.

DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar ao CISALP/VISA-CIS qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos;
DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento;

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

Obrigatório anexar: Cópia da comprovação em carteira ou declaração (quando aplicável) dos cargos públicos.

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGOS PRIVADOS, EMPREGOS E FUNÇÕES COM HORÁRIO ESPECIFICADO.

Eu,_____
_____, RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e no Decreto nº 2.027, de 11/10/1996, que:

( ) **EXERÇO** o cargo de _____, pertencente à estrutura do órgão _____; DECLARO que estou sujeito à carga horária de _____ semanais, que cumpro diariamente, no horário de _____ às _____, conforme certidão expedida por_____;
( ) **NÃO EXERÇO** cargo, emprego ou função privada, não comprometendo, desta forma, minha contratação.

DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar ao CISALP/VISA-CIS qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos;
DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento;

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

Obrigatório anexar: Cópia da comprovação em carteira ou declaração (quando aplicável) dos cargos privados.

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO, NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA, PENALIDADE INCOMPATÍVEL COM A INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO, PREVISTA NO ARTIGO 37, PARÁGRAFO ÚNICO, DA LEI Nº 8.112/90 COM SUAS RESPECTIVAS ALTERAÇÕES

Eu,_____,
RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP:

( ) Não ter exercido cargo efetivo, temporário ou em comissão nas esferas federal, estaduais, municipais ou distrital;

( ) Ter exercido cargo efetivo, temporário ou em comissão nas tarefas federal, estadual, municipais ou distrital, bem como em decorrência disto, não ter sofrido penalidades no exercício da função pública conforme legislação aplicável como também não está respondendo processo administrativo disciplinar.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO OU APOSENTADORIA EM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA

Eu,_____,
RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, no Programa Estadual VISA-CIS (Regional de Ituiutaba), sob gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba – CISALP, declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que:

( ) Não percebo proventos de aposentadoria;
( ) Percebo, desde ____/____ /____ , proventos de aposentadoria decorrente do exercício do cargo público de_____, do Quadro de Pessoal do(a) _____ ;
( ) Percebo, desde ____/____/____ , proventos de inatividade, na qualidade de membro das Forças Armadas ou das Polícias Militares ou dos Corpos de Bombeiros Militares dos Estados ou do Distrito Federal;
( ) Percebo, desde____ /____ /____ , proventos de aposentadoria concedida pelo Regime Geral de Previdência Social relativa a serviço público prestado ao(à)_____;
( ) Percebo, desde ____ /____ /____ , proventos de aposentadoria concedida pelo Regime Geral de Previdência Social e por Fundo de Pensão relativa a serviço público prestado ao(à) - _____
( ) Percebo, desde ____ /____ /____ , proventos de aposentadoria concedida pelo Regime Geral de Previdência Social relativa a serviços prestados à iniciativa privada.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE PARA ABONO FAMÍLIA

Eu,_____,

RG. nº _____, CPF. nº _____, venho solicitar inclusão, dos dependentes abaixo :

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	CPF	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

O salário-família é um valor pago ao empregado, inclusive o doméstico, e ao trabalhador avulso, de acordo com o número de filhos ou equiparados que possua.

Filhos maiores de 14 anos não têm direito, exceto no caso dos inválidos (para quem não há limite de idade).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

Obrigatório anexar: cópia da certidão de casamento, de nascimento, CPF e declaração de frequência escolar (quando aplicável) dos dependentes relacionados.

INCLUSÃO DE DEPENDENTE PARA ABATIMENTO DE IMPOSTO DE RENDA

Eu,_____,

RG. nº _____, CPF. nº _____, vem solicitar inclusão, para fins de abatimento de Imposto de Renda na Fonte, do(s) dependente(s) econômicos abaixo relacionado(s), nos termos da Lei, conforme certidão(ões) e documento(s) anexos(s).

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	CPF	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas se revestem de legalidade e são de minha inteira responsabilidade, não cabendo a fonte pagadora nenhuma responsabilidade perante a Fiscalização Federal; que os dependentes acima relacionados, para o fim combinado, enquadrados dentro das situações previstas pela legislação pertinente em vigor, quais sejam: o cônjuge ou companheiro(a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos, abrangendo também as relações homoafetivas; os filho(a) ou enteado(a), até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; filho(a) ou enteado(a), se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade; irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos; menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial; pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador. Não poderão ser dependentes as pessoas que recebam rendimentos submetidos à tributação no curso do mês da tributação. A inclusão na declaração de um dependente que receba rendimentos tributáveis sujeitos ao ajuste anual, de qualquer valor, obriga a que sejam incluídos tais rendimentos na Declaração de Ajuste Anual do declarante. No caso de dependentes comuns e declaração em separado, cada declarante pode deduzir os valores relativos a qualquer dos dependentes comuns, desde que nenhum deles conste simultaneamente na declaração do outro declarante.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Lagoa Formosa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura