



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

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

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas, 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 \_\_\_\_\_, ou percebo aposentadoria relativa ao 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 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

### DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas, 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

### 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) anexo(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

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

Rua Osvaldo Avelar, nº 182, bairro Novo Horizonte. Lagoa Formosa/MG  
(34)3824-1710 – E-mail: rh@cisalp.mg.gov.br



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO RESIDENCIAL E TELEFONE PARA CONTATO

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS \_\_\_\_\_, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas, 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

**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 \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas:

( ) 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

### DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas, que possui 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

**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 \_\_\_\_\_, em Unidade Básica de Saúde – UBS, sob gestão compartilhada entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba - CISALP e o município de Patos de Minas, 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



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

**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





CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA

**CISALP**

## DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGOS PRIVADOS

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, no AB/Assistência Farmacêutica – gestão compartilhada CISALP e Município de Patos de Minas 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 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