



Prefeitura Municipal de Planura-MG

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu..... portador (a) do CPF
Nº..... e RG. Nº..... declaro, junto à SECRETARIA
MUNICIPAL DA SAÚDE DE PLANURA, que não exerço e que não sou servidor (a)
aposentado (a) em cargo, emprego ou função pública (Federal, Estadual ou Municipal)
cuja acumulação seja vedada nos termos do artigo 37, inciso XVI, da Constituição
Federal.

Estou ciente de que a licença sem vencimentos de cargo efetivo não descaracteriza a
hipótese de acúmulo, de acordo com a Súmula 246 do TCU: O fato de o servidor
licenciar-se, sem vencimentos, do cargo público ou emprego que exerça em órgão ou
entidade da administração direta ou indireta não o habilita a tomar posse em outro cargo
ou emprego público, sem incidir no exercício cumulativo vedado pelo artigo 37 da
Constituição Federal, pois que o instituto da acumulação de cargos se dirige à titularidade
de cargos, empregos e funções públicas, e não apenas à percepção de vantagens
pecuniárias.

Por ser verdade, firmo e assino.

PLANURA/MG, ____/____/____

Assinatura do Candidato



Prefeitura Municipal de Planura-MG

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO – FICHA DE INSCRIÇÃO

PREFEITURAMUNICIPALDEPLANURA/MG			
FICHADE INSCRIÇÃO PARAPROCESSOSELETIVOSIMPLIFICADO SAÚDE Nº001/2025			
Cargo Pretendido:			
Nome do(a) Candidato(a):			
Identidade:	Data de Nascimento:	Sexo: M () F ()	
CPF:	Fone:		
E-mail:			
Endereço:		Bairro:	
Município:		Estado:	CEP:
PCD (Pessoa com deficiência)		Qual:	
☐ Sim ☐ Não			
DOCUMENTOS APRESENTADOS			
HABILITAÇÃO/ESCOLARIDADE			
FORMAÇÃO ESPECIALIZADA			
Tempo de experiência			
	01-		
	02-		
	03-		
	04-		
	05-		
	06-		
	07-		
	08-		
OBSERVAÇÕES:			
– DECLARO, PARA FINS DE DIREITO, ESTAR CIENTE DO INTEIRO TEOR DO EDITAL E QUE CONCORDO COM TODOS OS TERMOS, NADA AOBJETAR E QUE PREENCHO AS CONDIÇÕES LEGAIS PARA O ATO DE INSCRIÇÃO;			
– DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AO ASSINAR ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO, ASSUMO A TOTAL RESPONSABILIDADE PELO SEU PREENCHIMENTO E PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.			
PLANURA/MG,/...../.....		Assinatura do Candidato:	



Prefeitura Municipal de Planura-MG

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO

IDENTIFICAÇÃO DOS ENVELOPES

Cargo Pretendido:	
Nome Completo:	
CPF:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

DATA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO



Prefeitura Municipal de Planura-MG

Secretaria Municipal de Saúde



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu _____ DECLARO para os devidos fins que não sou do grupo de risco e não possuo nenhuma condição de saúde que me incapacite à prestação do serviços do qual serei contratado.

PLANURA/MG, ____/____/____

Assinatura do Candidato