

# ANEXO ÚNICO

## DECLARAÇÃO DE ACÚMULO, CARGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS – SMS

### COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS

CENTRO  LESTE  NORTE  OESTE  SUDESTE  SUL  COVISA  HMME  SAMU  SMS.G

#### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Fone res.: \_\_\_\_\_ Fone com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

RF: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cargo Função: \_\_\_\_\_

Unidade/Setor: \_\_\_\_\_

Atendendo a solicitação da Seção Técnica de Nomeação, Posse e Acúmulo de Cargos-SMS.G, sobre o Disposto no Art. 32, da Lei nº 16.122/2015, o qual transcrevemos abaixo:

- *Art. 32 - Em regime de acúmulo de cargos, inclusive em outros entes federativos, o profissional da saúde não poderá exceder a carga horária de trabalho semanal de 70 (setenta) horas.  
Parágrafo único: Anualmente o profissional da saúde deverá prestar declaração de acúmulo de cargos, ou sempre que a sua situação profissional sofrer alterações.*

Vimos, por meio deste instrumental, informar a necessidade da atualização da declaração de relação funcional com outros órgãos públicos, e solicitamos assinalar a situação em que se enquadra no momento:

1.  Declaro que **NÃO** possuo outro cargo, emprego ou função pública federal, estadual, municipal ou órgão equiparado (Tribunais, Câmara, etc.), assim como em autarquias ou fundações públicas ou em empresa pública e sociedade mista dependente e suas subsidiárias, e também não recebo proventos de reforma, disponibilidade ou aposentadoria paga por Regime Próprio de Previdência Social.

2.  Declaro que possuo outro vínculo público na PMSP, no cargo de \_\_\_\_\_  
e entregarei o Expediente de Acúmulo de Cargos na Unidade/CRS: \_\_\_\_\_

3.  Declaro que possuo outro vínculo público, no cargo de: \_\_\_\_\_  
junto ao órgão: \_\_\_\_\_

da esfera:  Federal  Estadual  Municipal \_\_\_\_\_

Comprometo-me a entregar o respectivo Atestado de Horário, com a jornada que cumpro no órgão acima identificado, até o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e tenho ciência de que deverei atualizá-la anualmente, ou sempre que ocorrer alteração da minha situação funcional.

4.  Declaro que sou aposentado em vínculo público, no cargo de \_\_\_\_\_  
junto ao órgão: \_\_\_\_\_

da esfera  Federal  Estadual  Municipal \_\_\_\_\_

5.  Declaro, ainda, estar ciente de que qualquer alteração na situação funcional constante desta declaração, deverei obrigatoriamente comunicar a URH Regional para as providências de nova Declaração e Publicação referente ao Acúmulo de Cargos.

As informações acima prestadas são de minha inteira responsabilidade.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Presenciamos a recusa do (a) servidor (a) em declarar o acúmulo de cargos em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RF: \_\_\_\_\_

CONSULTA CNES: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SITUAÇÃO: ( ) Regular ( ) Irregular \_\_\_\_\_