

**DECLARAÇÃO POSITIVA DE ACÚMULO DE CARGOS
PÚBLICOS PARA ADMISSÃO**

NOME:

CPF:

Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que:

I – OCUPO cargo, emprego ou função pública, que sou aposentado(a), beneficiário(a) de pensão, ou militar ativo(a) ou aposentado(a).

II – estou ciente das disposições e vedações legais relativas à acumulação de cargos, empregos, funções e demais vínculos públicos, comprometendo-me a comunicar imediatamente à unidade de gestão de pessoas da HU Brasil e às unidades de gestão de pessoas dos demais órgãos ou entidades com os quais eu venha a manter vínculo funcional qualquer alteração na situação ora declarada, sob pena de responsabilização;

III – estou ciente de que, nos casos de acumulação de cargo ou emprego público, é vedado o recebimento concomitante dos seguintes benefícios: auxílio-alimentação, auxílio pré-escolar e auxílio-saúde. E também que em caso de identificação de percepção simultânea, o referido benefício da HU Brasil será cancelado sem prévio aviso;

IV – comprometo-me a zelar pela compatibilidade de horários entre meus vínculos laborais, sejam eles públicos ou privados;

V – estou ciente da obrigatoriedade de apresentar a documentação necessária à análise da situação de acumulação de vínculos, bem como de que a não apresentação, total ou parcial, da documentação solicitada impossibilitará a realização da referida análise; e

VI – são verdadeiras as informações prestadas na presente declaração, estando ciente de que a prestação de informações falsas ou a omissão de informações poderá ensejar responsabilização administrativa, civil e penal, na forma da legislação vigente.

VÍNCULO HU BRASIL

MOTIVO DE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO POSITIVA DE ACÚMULO DE VÍNCULOS*:

PREENCHA SE ESTE FOR O SEU **PRIMEIRO** VÍNCULO COM A HU BRASIL:

1. UNIDADE DA HU BRASIL: 2. DATA DE ADMISSÃO (ESTIMADA):

3. CARGO/FUNÇÃO (PRETENDIDO): 4. CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS):

5. ESCOLARIDADE DO CARGO: 6. NATUREZA DO CARGO:

7. TRATA-SE DE CONTRATO TEMPORÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO

PREENCHA SE **JÁ POSSUI** VÍNCULO ATIVO JUNTO À HU BRASIL:

1. UNIDADE DA HU BRASIL: 2. DATA DE ADMISSÃO:

3. LOTAÇÃO (UNIDADE/SETOR/DIVISÃO): 4. MATRÍCULA:

5. CARGO/FUNÇÃO: 6. CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS):

7. ESCOLARIDADE DO CARGO: 8. NATUREZA DO CARGO:

9. TRATA-SE DE CONTRATO TEMPORÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO

10. SOLICITOU RESCISÃO CONTRATUAL? ☐ SIM ☐ NÃO | Se sim, qual a data do desligamento?

DECLARAÇÃO POSITIVA DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS PARA ADMISSÃO

VÍNCULO EXTERNO (1) – CARGO OU EMPREGO PÚBLICO

1. ÓRGÃO (EX: SECRETARIA DE SAÚDE):
2. LOTAÇÃO (EX: HOSPITAL REGIONAL): 3. DATA DE ADMISSÃO:
4. CIDADE/ESTADO DE EXERCÍCIO 5. CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS):
6. CARGO EFETIVO: 7. ESCOLARIDADE DO CARGO:
8. REGIME JURÍDICO (EX:CLT): 9. NATUREZA DO CARGO:
10. SOLICITOU EXONERAÇÃO/RESCISÃO CONTRATUAL? ☐ SIM ☐ NÃO | Data do desligamento:
11. SOLICITOU VACÂNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO | Data de início da vigência:
12. SOLICITOU LICENÇA? ☐ SIM ☐ NÃO | Tipo: Data de início da vigência:
13. ESTÁ SUBMETIDO(A) AO REGIME DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA? ☐ SIM ☐ NÃO | Solicitou alteração desse regime? ☐ SIM ☐ NÃO
14. TRATA-SE DE CONTRATO TEMPORÁRIO COM BASE NA LEI 8.745/93? ☐ SIM ☐ NÃO
15. ESTÁ EM DISPONIBILIDADE REMUNERADA NOS TERMOS DO ART. 41, § 3º da CF/88? ☐ SIM ☐ NÃO
16. SERÁ CEDIDO DESTE VÍNCULO PARA ASSUMIR CARGO/FUNÇÃO NA HU BRASIL? ☐ SIM ☐ NÃO
17. PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS: ☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – ALIMENTAÇÃO
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – SAÚDE
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – CRECHE

VÍNCULO EXTERNO (2) – CARGO OU EMPREGO PÚBLICO

1. ÓRGÃO (EX: SECRETARIA DE SAÚDE):
2. LOTAÇÃO (EX: HOSPITAL REGIONAL): 3. DATA DE ADMISSÃO:
4. CIDADE/ESTADO DE EXERCÍCIO 5. CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS):
6. CARGO EFETIVO: 7. ESCOLARIDADE DO CARGO:
8. REGIME JURÍDICO (EX:CLT): 9. NATUREZA DO CARGO:
10. SOLICITOU EXONERAÇÃO/RESCISÃO CONTRATUAL? ☐ SIM ☐ NÃO | Data do desligamento:
11. SOLICITOU VACÂNCIA? ☐ SIM ☐ NÃO | Data de início da vigência:
12. SOLICITOU LICENÇA? ☐ SIM ☐ NÃO | Tipo: Data de início da vigência:
13. ESTÁ SUBMETIDO(A) AO REGIME DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA? ☐ SIM ☐ NÃO | Solicitou alteração desse regime? ☐ SIM ☐ NÃO
14. TRATA-SE DE CONTRATO TEMPORÁRIO COM BASE NA LEI 8.745/93? ☐ SIM ☐ NÃO
15. ESTÁ EM DISPONIBILIDADE REMUNERADA NOS TERMOS DO ART. 41, § 3º da CF/88? ☐ SIM ☐ NÃO
16. SERÁ CEDIDO DESTE VÍNCULO PARA ASSUMIR CARGO/FUNÇÃO NA HU BRASIL? ☐ SIM ☐ NÃO
17. PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS: ☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – ALIMENTAÇÃO
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – SAÚDE
☐ SIM ☐ NÃO - AUXÍLIO – CRECHE

CONTRATO TEMPORÁRIO COM BASE NA LEI 8.745/93

A LEI 8.745 REGULAMENTA A CONTRATAÇÃO DE PESSOAL POR TEMPO DETERMINADO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL PARA ATENDER A UMA NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO.

☐ DECLARO QUE FUI CONTRATADO SOB OS TERMOS DA LEI 8.745/93 NOS ÚLTIMOS 24 (VINTE QUATRO) MESES.

PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO, CASO O REFERENTE VÍNCULO **NÃO** TENHA SIDO CITADO ANTERIORMENTE:

1. ÓRGÃO:
2. CARGO EFETIVO:
3. DATA DE ADMISSÃO:
4. DATA DE DESLIGAMENTO:

DECLARAÇÃO POSITIVA DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS PARA ADMISSÃO

APOSENTADORIA/RESERVA REMUNERADA/MILITAR REFORMADO

☐ DECLARO QUE RECEBO PROVENTOS ORIUNDOS DE:

1. ÓRGÃO/EMPRESA ORIGINÁRIO: 2. TIPO DE VÍNCULO:
3. CARGO EFETIVO ORIGINÁRIO: 4. ESCOLARIDADE DO CARGO:
5. NATUREZA DO CARGO: 6. DATA DA EFETIVAÇÃO DA INATIVIDADE:

PENSÃO

☐ DECLARO QUE RECEBO PROVENTOS ORIUNDOS DE PENSÃO.

☐ DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE, CASO SEJA BENEFICIÁRIA DE PENSÃO INSTITUÍDA PELA LEI Nº 3.373, DE 12 DE MARÇO DE 1958, E OPTE PELA POSSE EM CARGO PÚBLICO EFETIVO, HAVERÁ A PERDA AUTOMÁTICA DA PENSÃO, CONFORME DISPOSTO NA PORTARIA SGP/SEDGG Nº 4.645, DE 24 DE MAIO DE 2022.

1. NOME DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO: 2. PARENTESCO:
3. REGIME PREVIDENCIÁRIO: 4. TIPO DE VÍNCULO:
5. ÓRGÃO/EMPRESA DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO:
6. ESCOLARIDADE DO CARGO: 7. CARGO EFETIVO ORIGINÁRIO:
8. NATUREZA DO CARGO: 9. DATA DA INSTITUIÇÃO DA PENSÃO:
10. TIPO DE PENSÃO:

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

CARGO OU EMPREGO PÚBLICO

APRESENTAR DECLARAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS DO ÓRGÃO/EMPRESA COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- DENOMINAÇÃO DO CARGO OU EMPREGO QUE EXERCE;
- JORNADA DO CARGO OU EMPREGO;
- ESCALA DE TRABALHO ATUALIZADA, INDICANDO OS HORÁRIOS DE ENTRADA E SAÍDA, DOS TRÊS MESES SUBSEQUENTES;
- FOLHAS DE FREQUÊNCIA DOS 3 MESES ANTERIORES;
- ENDEREÇO DO LOCAL DE ATUAÇÃO;
- NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CARGO OU EMPREGO;
- DATA DE INGRESSO;
- ÁREA DE ATUAÇÃO.

APOSENTADORIA/RESERVA REMUNERADA/MILITAR REFORMADO

APRESENTAR DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- DENOMINAÇÃO DO CARGO EM QUE SE DEU A APOSENTADORIA;
- ATO E FUNDAMENTO LEGAL DA APOSENTADORIA;
- NÍVEL DE ESCOLARIDADE DO CARGO EM QUE SE DEU A APOSENTADORIA.

PENSÃO

APRESENTAR DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- TIPO E FUNDAMENTO LEGAL DA PENSÃO;
- GRAU DE PARENTESCO COM O INSTITUIDOR DE PENSÃO;
- DATA DE INÍCIO DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO.

DATA:

LOCAL:

ASSINATURA ELETRÔNICA DO CANDIDATO/EMPREGADO

(SUGERE-SE: Gov.br OU CERTIFICADO DIGITAL)