

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO

Eu, _____ portador da Carteira de
Identidade nº. _____ SSP - CE, CPF
nº. _____

DECLARO, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal e no Caput do art. 9º da Lei Federal nº. 14.547, de 21/12/2011, alterada pela Lei Estadual nº. 14.885, de 14/12/2012 que presentemente:

não exerço em acumulação remunerada qualquer outro Cargo, Emprego ou Função Pública no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas acima relacionadas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício da função para a qual serei contratado.

Brejo Santo – CE, em _____ de _____ de _____

Declarante

Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, _____, brasileiro (a), residente e domiciliado (a) na rua _____, cidade de _____ - _____, portador(a) do CPF Nº. _____, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) _____ por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE BENS

DECLARO, para fins de direito e para fazer prova junto a Prefeitura Municipal de Brejo Santo que eu, _____, portador(a) do R.G. _____, e do C.P.F _____, residente e domiciliado(a) à _____ nesta cidade de _____, não possuo a propriedade de nenhum bem, móvel ou imóvel, em meu nome.

Pelo que firmo e assino a presente declaração em (02) duas vias de igual teor e forma, para que surta seus efeitos legais.

Brejo Santo – CE, _____ de _____ de _____.

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, portador(a) do R.G
_____ e do CPF _____, residente e domiciliado(a) à
_____ nesta cidade de
_____, DECLARO, para fins de direito e para fazer prova junto
a Prefeitura Municipal de Brejo Santo, ser proprietário(a), neste ato, dos seguintes bens:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Pelo que firmo e assino a presente declaração em (02) duas vias de igual teor e
forma, para que surta seus efeitos legais.

Brejo Santo – CE, _____ de _____ de _____.

[illegible]

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

Fundamentação legal art. 168 da CLT combinado com a norma regulamentadora nº 7. com redação dada pela Portaria SST nº. 24 de 28/12/94 alterada pela Portaria nº. 8 de 08/05/96.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) Trabalhador(a) _____
Identidade número: _____ SSP - _____ e data de nascimento _____ / _____ / _____
Função que irá exercer, exerce ou exerceu _____

2. RISCOS EXISTENTES NA ATIVIDADE DO EMPREGADO:

3. PROCEDIMENTOS MÉDICOS A QUE FOI SUBMETIDO (A):

() Avaliação Clínica e Análise Ocupacional Data: _____ / _____ / _____
() Exame de Aptidão Clínica e Mental Data: _____ / _____ / _____

3.1 EXAMES COMPLEMENTARES:

_____ Data: _____ / _____ / _____
_____ Data: _____ / _____ / _____
_____ Data: _____ / _____ / _____

Observações:

4. CONCLUSÃO SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA:

Apto para a função que: () irá exercer () exerce () exerceu () inápto

5. VALIDADE DO EXAME MÉDICO:

() Um ano () Dois anos () _____

6. FINALIDADE DO EXAME MÉDICO:

() Admissional () Periódico () Retorno ao trabalho () Mudança de função () Demissional

7. MÉDICO ENCARGADO DO EXAME:

Endereço ou Forma de Contato

Nome: _____

Ass: _____

8. COORDENADOR DO PCMSO DA EMPRESA (QUANDO APLICÁVEL):

Nome: _____

Recebi a 2ª via do ASO em: _____ / _____ / _____

CRM: _____

OBS: O exame médico deve ser custeado pelo empregador (Art. 168 CLT).

ASS: _____