



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTARQUICA E FUNDACIONAL

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS,  
FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS

EXMO. SR. SECRETÁRIO DE ESTADO OU DIRIGENTE MÁXIMO DO ÓRGÃO/ENTIDADE

01 – NOME DO SERVIDOR:			02 – MASP/MATRÍCULA:		
03 – RG:	04 – CPF:	05 – ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
06 – NÚMERO:	07 – COMPLEMENTO:	08 – BAIRRO:	09 – CIDADE:		
10 – TELEFONE RESIDENCIAL:		11 – TELEFONE CELULAR:		12 – E-MAIL:	

DECLARA QUE É MEMBRO DE PODER, E/OU QUE OCUPA O(S) CARGO(S), FUNÇÃO(ÕES) OU EMPREGO(S) PÚBLICO(S) E/OU QUE PERCEBE PROVENTOS FEDERAIS, ESTADUAIS OU MUNICIPAIS, CONFORME DESCRIÇÃO ABAIXO:

**1º CARGO:**

13 – CARGO, FUNÇÃO OU EMPREGO PÚBLICO:	14 – APOSENTADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15 – ESCOLA OU ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO:	16 – AFASTAMENTO/ADJUNÇÃO/REMOÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17 – LOCALIDADE / DISTRITO: (onde exerce o cargo)	18 – MUNICÍPIO:
19 – DESCREVER AS ATIVIDADES QUE EXERCE:	

**2º CARGO:**

13 – CARGO, FUNÇÃO OU EMPREGO PÚBLICO:	14 – APOSENTADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15 – ESCOLA OU ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:	16 – AFASTAMENTO/ADJUNÇÃO/REMOÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17 – LOCALIDADE / DISTRITO: (onde exerce o cargo)	18 – MUNICÍPIO:
19 – DESCREVER AS ATIVIDADES QUE EXERCE:	

**3º CARGO:**

13 – CARGO, FUNÇÃO OU EMPREGO PÚBLICO:	14 – APOSENTADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15 – ESCOLA OU ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:	16 – AFASTAMENTO/ADJUNÇÃO/REMOÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17 – LOCALIDADE / DISTRITO: (onde exerce o cargo)	18 – MUNICÍPIO:
19 – DESCREVER AS ATIVIDADES QUE EXERCE:	

20 – DECLARO TER RECEBIDO DA UNIDADE RESPONSÁVEL A RELAÇÃO DE DOCUMENTOS, EM FORMULÁRIO PADRONIZADO PELA DCGDS, NECESSÁRIOS À INSTRUÇÃO DO PROCESSO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS E ESTAR CIENTE DA MINHA OBRIGAÇÃO DE APRESENTÁ-LOS À UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS OU UNIDADE EQUIVALENTE, NO PRAZO LEGAL. POR SER VERDADE, ASSINO E DATO A PRESENTE DECLARAÇÃO:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
LOCAL

DATA

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE





**RESUMO DOS DADOS FUNCIONAIS – USO EXCLUSIVO DO ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO**

01 – ASSINALE COM UM “X”, A QUAL CARGO SE REFEREM AS INFORMAÇÕES AQUI REGISTRADAS: (preencher um para cada cargo, função ou emprego público)

1º CARGO

2º CARGO

3º CARGO

02 – NOME DO SERVIDOR:

03 – MASP/MATRÍCULA:

04 – INSTITUIÇÃO/ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:

05 – UNIDADE DE EXERCÍCIO:

06 – ESCOLARIDADE EXIGIDA PARA PROVIMENTO DO CARGO:

ENSINO SUPERIOR  ENSINO MÉDIO/TÉCNICO  FUNDAMENTAL

07 – OCUPAÇÃO/CATEGORIA PROFISSIONAL:

(preenchimento obrigatório para cargos privativos de profissionais da saúde)

08 – DATA E NÚMERO DA LEI QUE CRIA O CARGO E DISPÕE SOBRE A ESCOLARIDADE EXIGIDA PARA PROVIMENTO DO CARGO:

09 – FORMA DE ADMISSÃO:

NOMEAÇÃO  DESIGNAÇÃO  EFETIVAÇÃO  CONTRATO

10 – ADMITIDO EM:

/ /

11 – REGIME:

ESTATUTÁRIO  CLT  OUTROS:

12 – DATA DO AFASTAMENTO PRELIMINAR:

/ /

13 – CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ (informar a carga horária e assinalar uma das opções abaixo)

DIÁRIA  SEMANAL  MENSAL  OUTROS:

14 – DATA DA APOSENTADORIA:

/ /

15 – ASSINALAR COM UM “X”:

DISPOSIÇÃO:  COM ÔNUS  SEM ÔNUS  OUTROS:

16 – COMPROVAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO: (preencher um quadro de horários para cada turno de trabalho, se for o caso)

HORÁRIO DE TRABALHO	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo

17 – OBSERVAÇÃO:

18 – RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES REGISTRADAS:

Declaramos para o devido parecer sobre a situação funcional do(a) interessado(a), que as informações contidas neste formulário encontram-se corretas e de acordo com a Ficha Funcional e demais documentos existentes neste Órgão/Entidade.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCAL DATA RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES (assinatura e MASP/MATRÍCULA)

19 – CHEFIA IMEDIATA:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
LOCAL DATA CHEFIA IMEDIATA (assinatura, MASP/MATRÍCULA e carimbo)