



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA  
Secretaria Municipal de Recursos Humanos

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL SEMURH Nº 003/2021**

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 070/2021**

**Convoca os candidatos classificados no Processo Seletivo Simplificado, de que trata o Edital SEMURH nº 003/2021, que estabelece normas para a seleção de profissionais para compor contratação e cadastro de reserva, em Regime de Designação Temporária, visando atendimento às necessidades de excepcional interesse público Rede Municipal de Saúde de Colatina-ES em virtude da Pandemia de Covid-19.**

A Prefeitura Municipal de Colatina/ES, por meio da Secretaria Municipal de Recursos Humanos, no uso de suas atribuições legais e conforme Processo nº 16741/2021 e Ofício Semus/SRH/nº 230/2021;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Convocar os candidatos relacionados no anexo I deste edital, inscritos no Processo Seletivo Simplificado, de que trata o **Edital SEMURH nº 003/2021** a comparecerem no período de **07 (sete) dias úteis** a contar da data seguinte a da publicação do presente edital, no horário de **08h às 17h**, na Secretaria Municipal de Recursos Humanos, situada à Avenida Getúlio Vargas, nº 98, Centro, Colatina-ES, para apresentação da documentação que comprove habilitação profissional estipulada como pré-requisito na área em que o candidato foi aprovado, estabelecida pelo edital acima citado.

**Art. 2º** Para tomar posse o candidato deverá:

- a.** Ter sido aprovado e classificado, na forma estabelecida neste edital;
- b.** Ter no mínimo 18 (dezoito) anos completos no ato da posse;
- c.** Ser brasileiro nato ou naturalizado, cidadão Português que tenha adquirido igualdade de direitos e obrigações e gozo dos direitos políticos e os de nacionalidade dos países pertencentes ao Mercosul;

- d. Estar em dia com as obrigações militares se do sexo masculino;
- e Ter a escolaridade completa ou habilitação exigida como pré-requisito, conforme consta no Anexo I para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino legalmente reconhecida pelo MEC;

**Art. 3º** O candidato deverá entregar no ato da posse, uma foto 3 X 4, xerox e vias originais dos seguintes documentos:

- a. Comprovante de Quitação Eleitoral (<http://www.tse.jus.br/eleitor-e-eleicoes/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>)
- b. CPF (Comprovante de situação cadastral do CPF no sítio <<http://cpf.receita.fazenda.gov.br/situacao/default.asp>>);
- c. PIS/PASEP;
- d. Carteira de Trabalho da Previdência Social (CTPS); xerox da página que conste último contrato de trabalho, da página seguinte em branco e da página que contém a foto (frente e verso).
- e. Documento de identidade de reconhecimento nacional, que contenha fotografia;
- f. Certificado de Reservista, para os candidatos do sexo masculino;
- g. Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- h. Certidão de Nascimento e comprovante de frequência escolar dos filhos menores de 14 anos e respectivo caderno de vacinação para os menores de 05 anos; e CPF dos filhos;
- i. Comprovante de endereço no último mês, em nome do candidato, ou contrato de aluguel ou declaração do proprietário de imóvel com firma reconhecida;
- j. Certidão de Antecedentes Criminais emitida pela Polícia Civil;
- k. Apresentar Atestado Admissional preenchido pela perícia médica municipal, considerando o candidato apto física e mentalmente para o exercício do cargo, sendo que os exames necessários à expedição do laudo correrão por conta do candidato (**IMPRIMIR – CONFORME O CARGO PARA O QUAL FOI APROVADO; ASSINAR E PREENCHER O NOME E Nº DE CPF E JUNTAR O RESULTADO DO EXAME E PASSAR NO MEDICO DO TRABALHO - ANEXO II**);
- l. Apresentar declaração de acumulação de cargo público quanto ao exercício ou não de outro cargo (acúmulo de cargo), emprego ou função pública, nos termos do Inciso XVI, alíneas “a”, “b” e “c” e inciso XVII do artigo 37 da Constituição Federal (**IMPRIMIR, PREENCHER E ASSINAR - ANEXO III**);
- m. Apresentar declaração do imposto de renda, caso seja isento, preencher “Declaração de Isento” (**ANEXO IV**);

n. Comprovante de escolaridade completa ou habilitação exigida como pré-requisito, conforme consta no Anexo I para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino legalmente reconhecida pelo MEC mais a Certidão de Regularidade emitida pelo Conselho da Categoria;

o. Consulta impressa da Qualificação Cadastral para o e-Social pelo site: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>;

p. Certidão Negativa de Débitos com o Município ([http://ws.colatina.es.gov.br/services/certidao\\_retirada.php](http://ws.colatina.es.gov.br/services/certidao_retirada.php));

q. Apresentar Declaração a Resposta de Processos Administrativos (**IMPRIMIR, PREENCHER E ASSINAR - ANEXO V**);

r. Apresentar Declaração de Bens e Valores (**IMPRIMIR, PREENCHER E ASSINAR- ANEXO VI**).

**Art. 4º** Será realizada, para os candidatos a serem empossados, avaliação da aptidão física e mental, que deverá envolver, dentre outros, exames médicos e complementares que terão por objetivo averiguar as condições de saúde apresentadas pelos candidatos, face às exigências das atividades inerentes ao cargo, cujas despesas relativas aos exames ficarão a cargo do candidato.

**- EM VIRTUDE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19) O ATENDIMENTO SERÁ ATRAVÉS DE AGENDAMENTO COM DATA E HORÁRIO A SER AGENDADO PELO TELEFONE (27) 3177-7046.**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL SEMURH Nº 003/2021**

**EDITAL CONVOCAÇÃO Nº 070/2021**

**ANEXO I**

**CARGO: ENFERMEIRO – Código 1099**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b> |
|----------------------|--------------------------|
| <b>34º</b>           | RACHEL COMIN BRASI       |
| <b>35º</b>           | LYNA ISAURA DE SOUZA     |

**CARGO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – Código 1103**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b> |
|----------------------|--------------------------|
| <b>61º</b>           | LEANDRO ROCHA BENEZOLI   |

**CARGO: FARMACÊUTICO – Código 1101**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b>       |
|----------------------|--------------------------------|
| <b>15º</b>           | DANILLO DAVID PESSI            |
| <b>16º</b>           | LAUDENY CAETANO GOMES DA SILVA |

**CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO – Código 1117**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b>  |
|----------------------|---------------------------|
| <b>49º</b>           | ROSIMERIS DOS SANTOS      |
| <b>50º</b>           | ROBERTA MIRANDA           |
| <b>51º</b>           | DEBORA SIMONASSI LEHRBACK |
| <b>52º</b>           | DELIANY DE BARROS MOURA   |

**CARGO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS – Código 1104**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b>   |
|----------------------|----------------------------|
| <b>46º</b>           | ANDRELINA OLIVEIRA CARDOSO |
| <b>47º</b>           | RAQUEL RODRIGUES           |

**CARGO: MOTORISTA – Código 1105**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>NOME DO CANDIDATO</b>  |
|----------------------|---------------------------|
| <b>8º</b>            | ACACIO LIMA DE SOUZA      |
| <b>9º</b>            | JOSÃ ARLINDO PANCIERI     |
| <b>10º</b>           | ADILSON LEOCADIO DA SILVA |
| <b>11º</b>           | ROGERIO MARTINS DE MELO   |
| <b>12º</b>           | BRAZ LUIZ RIVA            |

Colatina, 24 de Agosto de 2021

**JOÃO GUERINO BALESTRASSI**

Prefeito Municipal

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

Nome:

Função: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

CPF:

Riscos Ocupacionais

- Riscos Físicos: ( ) Ruído ( ) Vibração ( ) Calor ( ) Frio ( ) Umidade
- Riscos Químicos: ( ) Poeira ( ) Fungos ( ) Gases ( ) Vapores ( ) Substâncias diversas
- Riscos Biológicos: ( ) Vírus ( ) Bactéria ( ) Protozoários ( ) Fungos ( ) Parasitas
- Riscos Ergonômicos: ( ) Monotonia e Repetitividade ( ) Trabalho em turno e noturno (x) Postura Inadequada ( ) Esforço Físico
- ( ) Não há risco ocupacional específico

Tipo de Exame

- ( X ) Admissional ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Periódico ( ) Mudança de Função  
( ) Demissional

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

- |                          |                   |                        |                   |
|--------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| ( x ) Clínico            | em ____/____/____ | ( ) Rx Tórax           | em ____/____/____ |
| ( x ) Hemograma          | em ____/____/____ | ( ) Chumbo             | em ____/____/____ |
| ( ) V.D.R.L.             | em ____/____/____ | ( ) Ala-U              | em ____/____/____ |
| ( ) Fezes Parasitológico | em ____/____/____ | ( ) Espirometria       | em ____/____/____ |
| ( ) Urina - E A S        | em ____/____/____ | ( X ) Plaquetas        | em ____/____/____ |
| ( ) Audiometria          | em ____/____/____ | ( ) Anti-HCV           | em ____/____/____ |
| ( ) HBSAG                | em ____/____/____ | ( ) Videolaringoscopia | em ____/____/____ |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS (ESPECÍFICOS PARA PROFESSORES)

- ( ) Anamnese Ocupacional – Avaliação Clínica Física e Mental em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Avaliação Psicotécnica – sem PMK em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Avaliação Otorrinolaringológica COM LAUDO – Videolaringoscopia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Acuidade Visual – T.V.O. em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:  
APTO ( ) INAPTO ( ) para o trabalho na função.

Local:

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

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

Cargo: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**

CPF: \_\_\_\_\_

Função: Riscos Ocupacionais

- Riscos Físicos: ( ) Ruído ( ) Vibração ( ) Calor ( ) Frio ( ) Umidade
- Riscos Químicos: ( ) Poeira ( ) Fungos ( ) Gases ( ) Vapores (x) Substâncias diversas
- Riscos Biológicos: (X) Vírus (X) Bactéria ( ) Protozoários (X) Fungos ( ) Parasitas
- Riscos Ergonômicos: (X) Trabalho de pé com movimento leves com os braços
- ( ) Não há risco ocupacional específico

Tipo de Exame

(X) Admissional ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Periódico ( ) Mudança de Função

( ) Demissional

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

|                      |                   |                           |                   |
|----------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| (X) Clínico          | em ____/____/____ | ( ) Triglicerídeos        | em ____/____/____ |
| (X) Hemograma        | em ____/____/____ | ( ) Glicemia jejum        | em ____/____/____ |
| ( ) V.D.R.L.         | em ____/____/____ | ( ) Ureia                 | em ____/____/____ |
| ( ) Fezes (EPF)      | em ____/____/____ | ( ) Creatinina            | em ____/____/____ |
| ( ) Urina - EAS      | em ____/____/____ | ( ) Eletroencefalograma   | em ____/____/____ |
| ( ) Colesterol total | em ____/____/____ | ( ) Eletrocardiograma     | em ____/____/____ |
| ( ) Ácido Úrico      | em ____/____/____ | (X) Contagem de Plaquetas | ____/____/____    |

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:

APTO ( ) INAPTO ( ) para o trabalho na função.

Local: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

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

Cargo: **MOTORISTA**

CPF: \_\_\_\_\_

Função: Riscos Ocupacionais

- 
- Riscos Físicos: ( ) Ruído ( ) Vibração ( ) Calor ( ) Frio ( ) Umidade
  - Riscos Químicos: ( ) Poeira ( ) Fungos ( ) Gases ( ) Vapores ( ) Substâncias diversas
  - Riscos Biológicos: ( ) Vírus ( ) Bactéria ( ) Protozoários ( ) Fungos ( ) Parasitas
  - Riscos Ergonômicos: (X) Trabalho sentado ou em pé com movimento leves com os braços
  - ( ) Não há risco ocupacional específico
- 

Tipo de Exame

(X) Admissional ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Periódico ( ) Mudança de Função

( ) Demissional

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

|                      |                   |                           |                   |
|----------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| (X) Clínico          | em ____/____/____ | ( ) Triglicerídeos        | em ____/____/____ |
| (X) Hemograma        | em ____/____/____ | ( ) Glicemia jejum        | em ____/____/____ |
| ( ) V.D.R.L.         | em ____/____/____ | ( ) Ureia                 | em ____/____/____ |
| ( ) Fezes (EPF)      | em ____/____/____ | ( ) Creatinina            | em ____/____/____ |
| ( ) Urina - EAS      | em ____/____/____ | ( ) Eletroencefalograma   | em ____/____/____ |
| ( ) Colesterol total | em ____/____/____ | ( ) Eletrocardiograma     | em ____/____/____ |
| ( ) Ácido Úrico      | em ____/____/____ | (X) Contagem de Plaquetas | ____/____/____    |

---

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:

APTO ( ) INAPTO ( ) para o trabalho na função.

---

Local: \_\_\_\_\_

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

---

Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

---

Assinatura do (a) empregado (a)

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

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

Cargo: **ENFERMEIRO**

CPF: \_\_\_\_\_

Função: Riscos Ocupacionais

- Riscos Físicos: ( ) Ruído ( ) Vibração ( ) Calor ( ) Frio ( ) Umidade
- Riscos Químicos: ( ) Poeira ( ) Fungos ( ) Gases ( ) Vapores ( ) Substâncias diversas
- Riscos Biológicos: (X) Vírus (X) Bactéria (X) Protozoários (X) Fungos (X) Parasitas (X) Príons
- Riscos Ergonômicos: (X) Exigência de posturas incômodas ou pouco confortáveis por longos períodos
- Risco Acidente: ( X ) Objetos cortantes e/ou perfurocortantes
- ( ) Não há risco ocupacional específico

Tipo de Exame

( X ) Admissional ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Periódico ( ) Mudança de Função

( ) Demissional

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

|                      |                   |                             |                   |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| (X) Clínico          | em ____/____/____ | ( ) Triglicerídeos          | em ____/____/____ |
| (X) Hemograma        | em ____/____/____ | ( ) Glicemia jejum          | em ____/____/____ |
| ( ) V.D.R.L.         | em ____/____/____ | ( ) Ureia                   | em ____/____/____ |
| ( ) Fezes (EPF)      | em ____/____/____ | ( ) Creatinina              | em ____/____/____ |
| ( ) Urina - EAS      | em ____/____/____ | ( ) Eletroencefalograma     | em ____/____/____ |
| ( ) Colesterol total | em ____/____/____ | ( ) Eletrocardiograma       | em ____/____/____ |
| ( ) Ácido Úrico      | em ____/____/____ | ( X ) Contagem de Plaquetas | ____/____/____    |

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:

APTO ( ) INAPTO ( ) para o trabalho na função.

Local: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

Nome:

Função: **TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

CPF:

Riscos Ocupacionais

- Riscos Físicos: ☐ Ruído ☐ Vibração ☐ Calor ☐ Frio ☐ Umidade
- Riscos Químicos: ☐ Poeira ☐ Fungos ☐ Gases ☐ Vapores ☐ Substâncias diversas
- Riscos Biológicos: ☐ Vírus ☐ Bactéria ☐ Protozoários ☐ Fungos ☐ Parasitas
- Riscos Ergonômicos: ☐ Monotonia e Repetitividade ☐ Trabalho em turno e noturno ☒ Postura Inadequada ☐ Esforço Físico
- ☐ Não há risco ocupacional específico

Tipo de Exame

- ☒ Admissional ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Periódico ☐ Mudança de Função  
☐ Demissional

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

- |                                               |                   |                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Clínico   | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Rx Tórax             | em ____/____/____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Chumbo               | em ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> V.D.R.L.             | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Ala-U                | em ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fezes Parasitológico | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Espirometria         | em ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Urina - E A S        | em ____/____/____ | <input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas | em ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Audiometria          | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Anti-HCV             | em ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> HBSAG                | em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Videolaringoscopia   | em ____/____/____ |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS (ESPECÍFICOS PARA PROFESSORES)

- ☐ Anamnese Ocupacional – Avaliação Clínica Física e Mental em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Avaliação Psicotécnica – sem PMK em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Avaliação Otorrinolaringológica COM LAUDO – Videolaringoscopia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Acuidade Visual – T.V.O. em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:  
APTO ☐ INAPTO ☐ para o trabalho na função.

Local:

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Art. 168 da CLT. Port. Mtb. 24 a. de 29/12/94 – NR-7

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

Cargo: **FARMACÊUTICO**

CPF: \_\_\_\_\_

Função: Riscos Ocupacionais

- Riscos Físicos: ( ) Ruído ( ) Vibração ( ) Calor ( ) Frio ( ) Umidade
- Riscos Químicos: ( ) Poeira ( ) Fungos ( ) Gases ( ) Vapores (x) Substâncias diversas
- Riscos Biológicos: ( ) Vírus ( ) Bactéria ( ) Protozoários ( ) Fungos ( ) Parasitas
- Riscos Ergonômicos: (X) Trabalho sentado ou em pé com movimento leves com os braços
- ( ) Não há risco ocupacional específico

Tipo de Exame

(X) Admissional ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Periódico ( ) Mudança de Função

( ) Demissional

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS/DATAS

|                      |                   |                           |                   |
|----------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| (X) Clínico          | em ____/____/____ | ( ) Triglicerídeos        | em ____/____/____ |
| (X) Hemograma        | em ____/____/____ | ( ) Glicemia jejum        | em ____/____/____ |
| ( ) V.D.R.L.         | em ____/____/____ | ( ) Ureia                 | em ____/____/____ |
| ( ) Fezes (EPF)      | em ____/____/____ | ( ) Creatinina            | em ____/____/____ |
| ( ) Urina - EAS      | em ____/____/____ | ( ) Eletroencefalograma   | em ____/____/____ |
| ( ) Colesterol total | em ____/____/____ | ( ) Eletrocardiograma     | em ____/____/____ |
| ( ) Ácido Úrico      | em ____/____/____ | (X) Contagem de Plaquetas | ____/____/____    |

Atesto para os devidos fins, que após Exames Clínicos e Laboratoriais, estando:

APTO ( ) INAPTO ( ) para o trabalho na função.

Local: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Méd. do Trab. P.M.C.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**  
**EDITAL SEMURH Nº 003/2021 -**

**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO**

Eu \_\_\_\_\_ ,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_ e no RG \_\_\_\_\_, domiciliado  
na rua \_\_\_\_\_, declaro para fins de posse no  
cargo de que:

( ) Não exerço qualquer outro cargo, emprego ou função pública, em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais, bem como em Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia, Mista e Fundações Públicas.

( ) Exerço o cargo público, função ou emprego abaixo:

Detentor \_\_\_\_\_ do cargo:

\_\_\_\_\_ na Instituição, no (local de  
trabalho/cidade) \_\_\_\_\_

(UF) \_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, cuja jornada de trabalho é de \_\_\_\_\_ h diárias.

( ) Percebe proventos de aposentadoria, instituição:

**ART. 37 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

XVI – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários:

I. a de dois cargos de professor;

II. a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

III. a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

“§ 10- É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos art. 42 e 142 com remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.”

**EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 20 DE 15/12/1998**

Art. 11 – A vedação prevista no art. 37, § 10, da Constituição Federal, não se aplica aos membros de poder e aos inativos, servidores militares, que até a publicação desta Emenda, tenham ingressado novamente no serviço público por concurso público de provas ou de provas e de títulos, e pelas demais formas previstas na Constituição Federal, sendo-lhes proibida a percepção de mais de uma aposentadoria pelo regime de previdência a que se refere o art.40 da Constituição Federal, aplicando-lhes, em qualquer hipótese, o limite de que trata o §11 deste mesmo artigo.

**LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL Nº 35/2005**

Art. 154 É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto:

I -de dois cargos de professor;

II - de um cargo de professor com outro, técnico ou científico;

III - de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

IV - de um cargo de magistério com outro de juiz;

V - de um cargo de magistério com outro de membro do Ministério Público.

§ 1º Em quaisquer dos casos, a acumulação somente será permitida quando houver compatibilidade de horários.

§ 2º A proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público.

**Art. 155 É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.**

**Art. 168 A demissão será aplicada nos seguintes casos:**

**XIII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;**

**\* Anexar o comprovante de todo Cargo Municipal, Estadual e/ou Federal que o declarante possuir.**

Colatina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, \_\_\_\_\_

Carteira de Identificação nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor: \_\_\_\_\_,

UF: \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente na  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

bairro: \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, contato pelo(s) telefone(s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **declaro ser isento(a) de declarar o Imposto de Renda Pessoa Física junto a Receita Federal do Brasil** pelo seguinte motivo:

( ) Recebeu rendimentos tributáveis cuja soma foi inferior a R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e sessenta centavos);

( ) Outro motivo. Especificar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.  
Declaro ainda que esta declaração segue em conformidade com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864 de 25 de julho de 2008, relatando que deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir de 2008; também segue em conformidade com o previsto na Lei nº 7.115/83 relatando que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado.

Declaro ser verdade todo exposto acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **ANEXO V**

### **DECLARAÇÃO DE RESPOSTA A PROCESSOS ADMINISTRATIVOS**

Declaro, na forma do que dispõe a Lei Nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, que não respondo a qualquer Processo Administrativo, Criminal ou de Execução.

Assumo, sob as penas da Lei, a integral responsabilidade desta declaração.

Colatina-ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

---

ASSINATURA

## ANEXO VI

### Declaração de Bens e Valores

Declaro para os devidos fins que por força da Lei Federal 8.429/92 que “Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional. Estou ciente que :

1. ( ) A posse e o exercício de agente público ficam condicionados à apresentação de declaração dos bens e valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada no serviço de pessoal competente.
2. ( ) A declaração compreenderá imóveis, móveis, semoventes, dinheiro, títulos, ações, e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais, localizado no País ou no exterior, e, quando for o caso, abrangerá os bens e valores patrimoniais do cônjuge ou companheiro, dos filhos e de outras pessoas que vivam sob a dependência econômica do declarante, excluídos apenas os objetos e utensílios de uso doméstico.
3. ( ) A declaração de bens será anualmente atualizada e na data em que o agente público deixar o exercício do mandato, cargo, emprego ou função.
4. ( ) Será punido com a pena de demissão, a bem do serviço público, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, o agente público que se recusar a prestar declaração dos bens, dentro do prazo determinado, ou que a prestar falsa.
5. ( ) O declarante, a seu critério, poderá entregar cópia da declaração anual de bens apresentada à Delegacia da Receita Federal na conformidade da legislação do Imposto sobre a Renda e proventos de qualquer natureza, com as necessárias atualizações.

A fim de atender a Lei 8.429/92 declaro que sou possuidor(a) dos seguintes bens:

| Nº | Descrição do Bem | Valor | Fonte/Base |
|----|------------------|-------|------------|
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |
|    |                  |       |            |

Colatina-ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME  
CPF