



## PREFEITURA MUNICIPAL DE MARABÁ

### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS E COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA

Declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, para fins de investidura em função pública junto a Prefeitura Municipal de Marabá, que não exerço nenhum outro cargo, emprego ou função pública, incompatível com a função que ora assumo na Prefeitura de Marabá, comprometendo-me em comunicar imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde, qualquer impedimento advindo de acumulação ilegal de cargo, emprego ou função pública, para dar cumprimento ao disposto no Artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal.

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

( ) **Exerço o(s) cargo(s) público(s), função(es) ou emprego(s) abaixo: (especificar)**

a) Cargo/função: \_\_\_\_\_ cuja a carga horária é de: \_\_\_\_\_ horas semanais, que cumpro jornada de trabalho de: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, no Órgão/Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Esfera: \_\_\_\_\_, com vínculo: \_\_\_\_\_.

b) Cargo/função: \_\_\_\_\_ cuja a carga horária é de: \_\_\_\_\_ horas semanais, que cumpro jornada de trabalho de: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, no Órgão/Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Esfera: \_\_\_\_\_, com vínculo: \_\_\_\_\_.

NOME	
CPF:	
RG:	
TELEFONE:	
EMAIL	
CARGO/FUNÇÃO	

**DECLARO** ainda, ter plena ciência de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo/função para a qual fui contratado(a), comprometendo-me, a qualquer tempo informar ao Secretaria Municipal de Saúde de Marabá, qualquer alteração nas condições acima informadas.

Marabá/PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025.

\_\_\_\_\_  
Assinatura