

**DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS  
PÚBLICOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
declaro, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que:

NÃO POSSUO nenhum outro vínculo no Serviço Público, quer seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal, quer seja na Administração Direta ou Indireta, cuja acumulação seja vedada com o cargo o qual estou ocupando, conforme estabelece o *caput* do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

POSSUO outro vínculo no Serviço Público na seguinte instituição, conforme especificado abaixo:

**Esfera:**  Federal;  Estadual;  Municipal;

**Tipo de vínculo:**  Efetivo;  Comissionado;  Temporário;

**Situação Funcional:**  Ativo;  Inativo;  Outro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**Instituição:** \_\_\_\_\_;

**Cargo:** \_\_\_\_\_.

**Carga Horária:** \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Declarante.**