**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES**

**POR PROCESSO SINDICANTE ADMINISTRATIVO**

Eu ......................................................................................................................................., inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) sob o Nº................................, residente e domiciliado(a) à rua, ...................................................................... nº........., Bairro, .................................................... Município ...................................................., declaro, sob as penas da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Gestão Estratégica e Administração, em razão de Processo De Contratação para o cargo de.............................................................................................., que:

1. Estou em pleno gozo dos direitos políticos.
2. Não respondo por atos julgados irregulares por decisão definitiva do Tribunal de Contas da União e Tribunal de Contas de Estado, do Distrito Federal ou de Município.
3. Não fui punido em processo disciplinar por ato lesivo ao patrimônio público de qualquer esfera de governo, com decisão definitiva.
4. Não fui condenado em processo criminal por prática de crimes contra a Administração Pública, capitulados no Título XI da Parte Especial do Código Penal Brasileiro, na Lei nº 7.492, de 16 de junho de 1986, e na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Boa Vista- RR, ........../......../...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

###### **ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS**

Eu................................................................................................................................................., inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) sob o Nº.........................................., residente e domiciliado(a) à rua, ................................................................................................., nº........., Bairro .................................................... Município......................................................, **DECLARO** para fins de celebração de contrato temporário que:

( ) **NÃO ACUMULO** cargo, emprego ou função pública fora das hipóteses permissivas constitucionais

( ) **ACUMULO LICITAMENTE cargo, emprego ou função pública,** com compatibilidade de horários conforme abaixo:

NO/NA ( denominação da instituição) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COM O SEGUINTE HORÁRIO DE TRABALHO:

1. De segunda à sexta-feira: as \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas;
2. De segunda à sexta-feira: as \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas e sábado das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas;

Segunda-feira das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Terça-feira das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Quarta-feira das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Quinta-feira das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Sexta-feira das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Sábado das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

Domingo das\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_h das \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h

( ) É APOSENTADO NO CARGO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECEBENDO OS PROVENTOS ATRAVÉS DO / DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Boa Vista- RR, ........../......../...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu........................................................................................................................................, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF), sob o Nº..................................., residente e domiciliado(a) à rua, ........................................................................, nº.........., Bairro ........................................................ , Município ...................................................., declaro junto à Comissão de Seleção, que sou pessoa com deficiência do tipo:

( ) física

( ) auditiva

( ) visual

( ) outra. Especificar:........................... ......................................................................

Boa Vista- RR, ........../......../...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

OBS: ANEXAR OBRIGATORIAMENTE CÓPIA DO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO.

**ANEXO VII**

### DECLARAÇÃO NEGATIVA QUANTO AO GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para assumir a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , **DECLARO que não faço parte** do grupo de risco de doenças da COVID-19, não apresentando as comorbidades abaixo mencionadas:

* Doenças cardíacas crônicas;
* Doenças cardíacas congênita;
* Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
* Doença cardíaca isquêmica descompensada;
* Doenças respiratórias crônicas;
* DPOC e Asma controlados;
* Fibrose cística com infecções recorrentes;
* Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3,4,5)
* Pacientes em diálise;
* Imunossupressor;
* Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
* Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/ radioterapia, entre outros medicamento);
* Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
* Diabetes;
* Gestantes sintomáticos(as) com suspeita de síndrome gripal COVID-19
* Neoplasia ativa;
* Hipertensão arterial descompensada.

Boa Vista/RR, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO POSITIVA DE RISCO- EXCLUSIVA PARA IDOSO[[1]](#footnote-1)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito no CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para o cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Processo de Contratação Direta para atender à COVID-19 da Secretaria de Estado da Saúde/SESAU, **DECLARO que FAÇO PARTE** de grupo risco de doenças elencadas pela Autoridade de Saúde para a COVID-19, entretanto, SINTO-ME APTO(A) E VOCACIONADO(A) AO TRABALHO visando contribuir com a saúde pública de forma livre e consciente.

Boa Vista/RR, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

1. QUANTO AO GRUPO DE RISCO/IDOSO DA COVID-19- [↑](#footnote-ref-1)