

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 N°.....,
residente e domiciliado(a) à rua,
n°....., 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:

De segunda à sexta-feira: as _____ às _____ horas;
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 N°.....,
residente e domiciliado(a) à rua,, n°.....,
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 N° _____ 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 IDOSO¹

Eu, _____
inscrito no CPF N° _____ 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-