



HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Diretoria de Gestão de Pessoas  
Coordenadoria de Administração de Pessoal

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ACÚMULO DE CARGOS

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		MATRÍCULA:	
CPF:	ÓRGÃO SIAPE: 26443	SIGLA DA UPAG EBSERH: 001000000	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		TELEFONE:	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
UNIDADE DE LOTAÇÃO:			
DECLARAÇÃO			
<p>( ) Declaro sob as penas da lei que não ocupo cargo, emprego ou função pública com remuneração, junto à Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal Direta ou Indireta, aí incluídas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de forma a contrariar o previsto no art. nº 37, XVI, XVII e parágrafo 10 da Constituição Federal.</p> <p>( ) Em caso de acúmulo legal, <b>declaro</b> que há compatibilidade de horários entre as jornadas trabalhadas nos dois órgãos públicos.</p> <p><b>Comprometo-me</b>, outrossim, e sob as mesmas penas, que toda e qualquer alteração que venha ocorrer em relação ao acima declarado deverá ser comunicada por mim à Diretoria/Divisão de Gestão de Pessoas da minha unidade de lotação para fins de registro, constituindo a omissão em infração funcional.</p> <p>Estou ciente de que declarar falsamente constitui <b>crime</b>, passível de apuração e punição, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis.</p>			
<p>_____, _____ de _____ de 202____.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p>			