

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIVISÃO DE GESTÃO DE CARGOS



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

MANUAL DE PREENCHIMENTO DE
EXPEDIENTES DE
DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

São Paulo, abril de 2018

**PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Prefeito	BRUNO COVAS
Secretário Municipal	WILSON MODESTO POLLARA
Secretário Adjunto	MARIA DA GLÓRIA ZENHA WIELICZKA
Chefe de Gabinete	DANIEL SIMÕES DE CARVALHO COSTA
Coordenadoria de Gestão de Pessoas	JANE ABRAHÃO MARINHO
Divisão de Gestão de Cargos	ROSANA WATANABE RATO LOPES MARLY MARCHESI OTAVIO PIOLI BARBERAN

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CABEÇALHO:	5
ITEM 1: IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	5
ITEM 2: IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA	6
ITEM 3: IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR	6
ITEM 4: MOTIVO DE AFASTAMENTO DO TITULAR / IMPEDIMENTO LEGAL	7
ITEM 5: IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO	7
ITEM 6: PERÍODO DE DESIGNAÇÃO	8
ITEM 7: ASSINATURA DO INDICADO	8
ITEM 8: ASSINATURA CHEFIA IMEDIATA	8
ITEM 9: ASSINATURA DO SUPERVISOR TÉCNICO DE SAÚDE	9
ITEM 10: ASSINATURA DO COORDENADOR	9
ITEM 11: ASSINATURA	9
ITEM 12: ASSINATURA	10
ITEM 13: ENCAMINHAMENTO E AUTORIZAÇÃO	10
ITEM 14: OBSERVAÇÕES	10
MODELO EDS PREENCHIDA: FRENTE	10
MODELO EDS PREENCHIDA: VERSO	12
FLUXOGRAMA DAS COORDENADORIAS DO GABINETE	13
FLUXOGRAMA DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE	14
TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., CONSULTA, HIST. FUNC., DETALHES:	15
TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., FÉRIAS, FÉRIAS:	15
TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., LICENÇAS E AFASTAMENTOS, LICENÇA/AFASTAMENTO:	16
MODELO: OFÍCIO DE JUSTIFICATIVA	17
MODELO: DECLARAÇÃO DE FICHA LIMPA	18
LEGISLAÇÃO EM VIGOR:	19

INTRODUÇÃO

A Divisão de Gestão de Cargos, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, produziu este manual para preenchimento do Expediente de Designação/Substituição, com o intuito de instrumentalizar e nortear as equipes na realização desta atividade.

Contêm as orientações por campos de acordo com a legislação em vigor, e demais modelos para auxiliar na elaboração dos expedientes.

O expediente de designação/substituição é o documento próprio que possibilita a formalização do ato, nos termos do art. 54, parágrafo 1º ao 4º, da Lei 8989/79.

Deverá ser elaborado em conformidade com as legislações em vigor e observando as orientações abaixo mencionadas:

- O prazo de encaminhamento do expediente de designação para as nossas providências deverá ser de no **mínimo 40 dias antes do início do impedimento legal**, exceção permitida apenas nos casos de Licença Médica, uma vez que deverá conter no expediente a data de publicação pela Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS.
- Quando a designação recair sobre cargos não autorizados no Decreto Nº 58.183, de 09/04/2018, publicado no DOC de 10/04/2018 e houver a necessidade de substituto, o expediente deverá vir acompanhado de **ofício com a devida justificativa, assinada pelo Coordenador da CRS**.
- Quando a designação recair sobre um cargo que exige nível superior e o indicado for da carreira de nível médio ou operacional, o expediente deverá vir acompanhado de cópia do diploma do indicado. **(Atentando para o provimento)**.
- Os expedientes de designação deverão ser preenchidos conforme cadastro da situação funcional dos servidores e o cargo em comissão de acordo com o Decreto nº 57.857/17, (Verificar telas do SIGPEC, apresentadas nas páginas 15 e 16 do manual) e, **(Atentando para a hierarquia, provimento)**.
- Os expedientes de designação/substituição deverão obrigatoriamente estar acompanhados da Declaração de “Ficha Limpa”, em cumprimento ao Artigo 3º do Decreto nº 53.177 de 04 de junho de 2012. (Conforme Modelo – Pág. 18 do manual).

Tutorial de preenchimento de Expediente de Designação/Substituição

CABEÇALHO:

 PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS (1)		EXPEDIENTE DE DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO	
	Nº (2)	/20	CRS- (3)	
SIMPROC Nº (4)		PORTARIA Nº (5)		- DGC/COGEP

Campo (1): Secretaria

Campo (2): Número do EDS da Unidade.

Campo (3): Sigla da Unidade (Ex: COVISA, CRS-N, CRS-L, ETC)

Campo (4): Nº SIMPROC – Sistema Municipal de Processos.

Campo (5): Nº Portaria (Deixar em branco, nº é do Gabinete da SMS)

ITEM 1: IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	(6) SMS
DEPARTAMENTO	(7)
DIVISÃO	(8)
SEÇÃO	(9)
SETOR	(10)

Campo (6): Secretaria.

Campo (7): Estrutura hierárquica do cargo (Ex: Coord. Regional de Saúde)

Campo (8): Estrutura hierárquica do cargo (Ex: Supervisão Técnica de Saúde)

Campo (9): Unidade correspondente a estrutura hierárquica do cargo (Ex: Unidade Básica de Saúde.)

Campo (10): De acordo com a estrutura hierárquica do cargo, quando se aplicar.

Obs: Observar legislação vigente e pertinente.

ITEM 2: IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA			
CARGO:	(11)	E.H.	(15)
REFERÊNCIA DO CARGO:	(12)		
FORMA DE PROVIMENTO:	(13)		
EXIGÊNCIA DO CARGO:	(14)		

Campo (11): Denominação do Cargo em Comissão.

Campo (12): Referência do Cargo em Comissão.(Ex: DAS-10, DAI:05)

Campo (13): Em Comissão.

Campo (14): Reproduzir o provimento exigido, conforme a legislação.

Campo (15): Conforme cadastro SIGPEC do cargo em comissão

Obs: Conforme legislação do cargo em comissão

ITEM 3: IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

3 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR			
NOME:	(16)		
REG. FUNCIONAL:	(17)	PAD./REF.:	(20) C.E.: (21)
CARGO/FUNÇÃO:	(18)		
CATEGORIA FUNCIONAL:	(19)		

Campo (16): Nome completo sem abreviar, do ocupante do cargo

Campo (17): Registro Funcional com sete dígitos e o vínculo.

Campo (18): Denominação do cargo, (com a especialidade no caso de cargo de nível superior) e Nível: (Ex: Analista de Saúde-Médico – N-II)

Campo (19): Se: Efetivo/Admitido/Comissionado.

Campo (20): Padrão/Referência do cargo (Ex: B5; M7; ESM11; DAS-10)

Campo (21): Código de Endereçamento conforme SIGPEC.

Obs: Conforme tela (Hist. Funcional, Consulta, Hist. Funcional , Detalhes) do SIGPEC. (Modelo na página 15 do manual)

ITEM 4: MOTIVO DE AFASTAMENTO DO TITULAR / IMPEDIMENTO LEGAL

4 - MOTIVO DO AFASTAMENTO DO TITULAR

() FÉRIAS (22) DIAS () LICENÇA (23) DIAS EXERCÍCIO: **(24)** DOC: **(25)**

Campo (22): Se Férias (X), conforme cadastro SIGPEC.

Campo (23): Se Lic. Médica ou Lic. Gestante (X), conforme cadastro no SIGPEC.

Campo (24): Férias – exercício e quantidade de dias.

Campo (25): Data da publicação DOC, do impedimento legal

Obs: Conforme telas: (Hist. Funcional, Férias, Férias) ou (Hist. Funcional, Licenças e Afastamentos, Licença/Afastamento) do SIGPEC. (Modelo na pág.15 do manual)

ITEM 5: IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO

5 - IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO

NOME: **(26)**

REG. FUNCIONAL: **(27)** PAD./REF.: **(30)** C.E.: **(31)**

CARGO/FUNÇÃO: **(28)**

CATEGORIA FUNCIONAL: **(29)** DIPLOMA: **(32)**

Campo (26): Nome completo sem abreviar.

Campo (27): Registro Funcional com sete dígitos e o vínculo.

Campo (28): Denominação do cargo, (com a especialidade no caso de cargo de nível superior) e Nível.

Campo (29): Se: Efetivo, Admitido ou Comissionado.

Campo (30): Padrão/Referência do cargo atual (Ex: B5; M7; ESM11; DAS-10)

Campo (31): Código de Endereçamento conforme SIGPEC.

Campo (32): Se o provimento exigir, anotar qual é a graduação, caso o indicado não pertença à carreira de nível superior ou se pertencer à carreira de Especialista em Saúde – Educador de Saúde Pública. **(Anexar ao EDS uma cópia do diploma)**

Obs: Conforme tela (Hist. Funcional, Consulta, Hist. Funcional , Detalhes) do SIGPEC. (Modelo na página 15 do manual)

ITEM 6: PERÍODO DE DESIGNAÇÃO

6 - PERÍODO DE DESIGNAÇÃO

DE: A **(33)**

Campo (33): Período do impedimento conforme tela de Férias ou de Licença Médica do SIGPEC. (Modelo na página 15 e 16 do manual)

OBS: VERIFICAR SE O INDICADO NÃO ESTÁ IMPEDIDO LEGALMENTE DE SUBSTITUIR O TITULAR DURANTE O PERÍODO CONSIDERADO.

ITEM 7: ASSINATURA DO INDICADO

7 - INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DA LEI Nº 8.429/92 E DECRETO Nº 36.472/96.

OCORREU ALTERAÇÃO NA DECLARAÇÃO DE BENS PRESTADA PELO SERVIDOR NOS TERMOS DO ARTIGO 04, DECRETO Nº 36.472/96.

SIM, SEGUE EM ANEXO.

NÃO, PARA PROSSEGUIMENTO.

ASS. DO INDICADO: **(34)**

RF.: **(35)**

Campo (34): Nome e assinatura do indicado.

Campo (35): Registro Funcional do indicado.

ITEM 8: ASSINATURA CHEFIA IMEDIATA

8 - ENCAMINHAMENTO **(36)**

À SUPERVISÃO:

____ / ____ / ____

CARIMBO/ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO

Campo (36): Assinatura e data da chefia imediata do ocupante do Cargo em Comissão.

ITEM 9: ASSINATURA DO SUPERVISOR TÉCNICO DE SAÚDE

9 - ENCAMINHAMENTO (37)

DE ACORDO.

À COORDENADORIA:

____ / ____ / ____

CARIMBO/ASSINATURA DO SUP. TÉCN. DE SAÚDE

Campo (37): Assinatura e data do Supervisor Técnico. (Opcional)

ITEM 10: ASSINATURA DO COORDENADOR

10 - AUTORIZAÇÃO (38)

Autorizo.

À DGC/COGEP:

____ / ____ / ____

CARIMBO/ASSINATURA DO COORDENADOR

Campo (38): Assinatura e data do (a) Coordenador (a) da Coordenadoria Regional de Saúde.

ITEM 11: ASSINATURA

11 - ENCAMINHAMENTO (39)

À _____

____ / ____ / ____

CARIMBO/ASSINATURA

Campo (39): Em branco, para nosso uso.

ITEM 12: ASSINATURA

<p>12 - ENCAMINHAMENTO (40)</p> <p>À _____</p> <p>____ / ____ / ____</p> <p>CARIMBO/ASSINATURA</p>

Campo (40): Em branco, para nosso uso.

ITEM 13: ENCAMINHAMENTO E AUTORIZAÇÃO

<p>13 - ENCAMINHAMENTO E AUTORIZAÇÃO (41)</p> <p>Autorizo, Expeça-se a Portaria.</p> <p>À DGC/COGEP.</p> <p>____ / ____ / ____</p> <p>ASSINATURA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE</p>
--


Campo (41): Em branco (para autorização do Secretário Municipal da Saúde)

ITEM 14: OBSERVAÇÕES

<p>14 - OBSERVAÇÕES: (42)</p> <p>DIVISÃO DE GESTÃO DE CARGOS/COGEP</p>

Campo (42): Para quando o provimento exigir experiência e/ou capacidade, preencher o campo com a devida anotação e com a assinatura da chefia.

MODELO EDS PREENCHIDA: FRENTE

 PREFEITURA DE SÃO PAULO <small>SAÚDE</small>	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS EXPEDIENTE DE DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO
Nº XXXXX /20 18 CRS- SUDESTE SIMPROC Nº 2018-9.043.789-8 PORTARIA Nº	- DGC/COGEP
1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE SMS DEPARTAMENTO Coordenadoria Regional de Saúde XXXXXXX DIVISÃO Supervisão Técnica de saúde de Vila XXXXXXX SEÇÃO de Assistência Médica Ambulatorial/Unidade Básica de Saúde Dr. XXXXXX SETOR	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA CARGO: Coordenador de Unidade de Saúde E.H. 18.20.00.060.17.00.00 REFERÊNCIA DO CARGO: DAS - 10 FORMA DE PROVIMENTO: EM COMISSÃO EXIGÊNCIA DO CARGO: LPC, dentre Servidores Públicos, vinculados ao Sistema Único de Saúde, portadores de diploma de Nível Superior, reconhecido pelo Órgão competente, dentre as profissões reconhecidas como da Saúde pelo Conselho Nacional da Saúde.	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR NOME: João José da Silva REG. FUNCIONAL: 123.456.7/8 PAD./REF.: ANSM-11 C.E.: 1814210 CARGO/FUNÇÃO: Analista de Saúde - Médico - N-IV CATEGORIA FUNCIONAL: Efetivo	
4 - MOTIVO DO AFASTAMENTO DO TITULAR (x) FÉRIAS <u>10</u> DIAS () LICENÇA _____ DIAS EXERCÍCIO: 2018 DOC: xx/xx/xxxx	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO NOME: Maria Aparecida REG. FUNCIONAL: 987.654.3/2 PAD./REF.: ANS-01 C.E.: 1814211 CARGO/FUNÇÃO: Analista de Saúde - N-I - Psicólogo CATEGORIA FUNCIONAL: Efetivo DIPLOMA: Psicologia	
6 - PERÍODO DE DESIGNAÇÃO DE: 01/05/2018 A 10/05/2018	
7 - INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DA LEI Nº 8.429/92 E DECRETO Nº 36.472/96. OCORREU ALTERAÇÃO NA DECLARAÇÃO DE BENS PRESTADA PELO SERVIDOR NOS TERMOS DO ARTIGO 04, DECRETO Nº 36.472/96. () SIM, SEGUE EM ANEXO. (x) NÃO, PARA PROSSEGUIMENTO. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> ASS. DO INDICADO: (Maria Aparecida) RF.: (987.654.3/2) </div>	

MODELO EDS PREENCHIDA: VERSO

8 - ENCAMINHAMENTO (36)

À SUPERVISÃO:

___ / ___ / ___

CARIMBO/ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO

9 - ENCAMINHAMENTO (37)

DE ACORDO.

À COORDENADORIA:

___ / ___ / ___

CARIMBO/ASSINATURA DO SUP. TÉCN. DE SAÚDE

10 - AUTORIZAÇÃO (38)

AUTORIZO.

À DGC/COGEP:

___ / ___ / ___

CARIMBO/ASSINATURA DO COORDENADOR

11 - ENCAMINHAMENTO (39)

À _____

___ / ___ / ___

CARIMBO/ASSINATURA

12 - ENCAMINHAMENTO (40)

À _____

___ / ___ / ___

CARIMBO/ASSINATURA

13 - ENCAMINHAMENTO E AUTORIZAÇÃO (41)

AUTORIZO, EXPEÇA-SE A PORTARIA.

À DGC/COGEP.

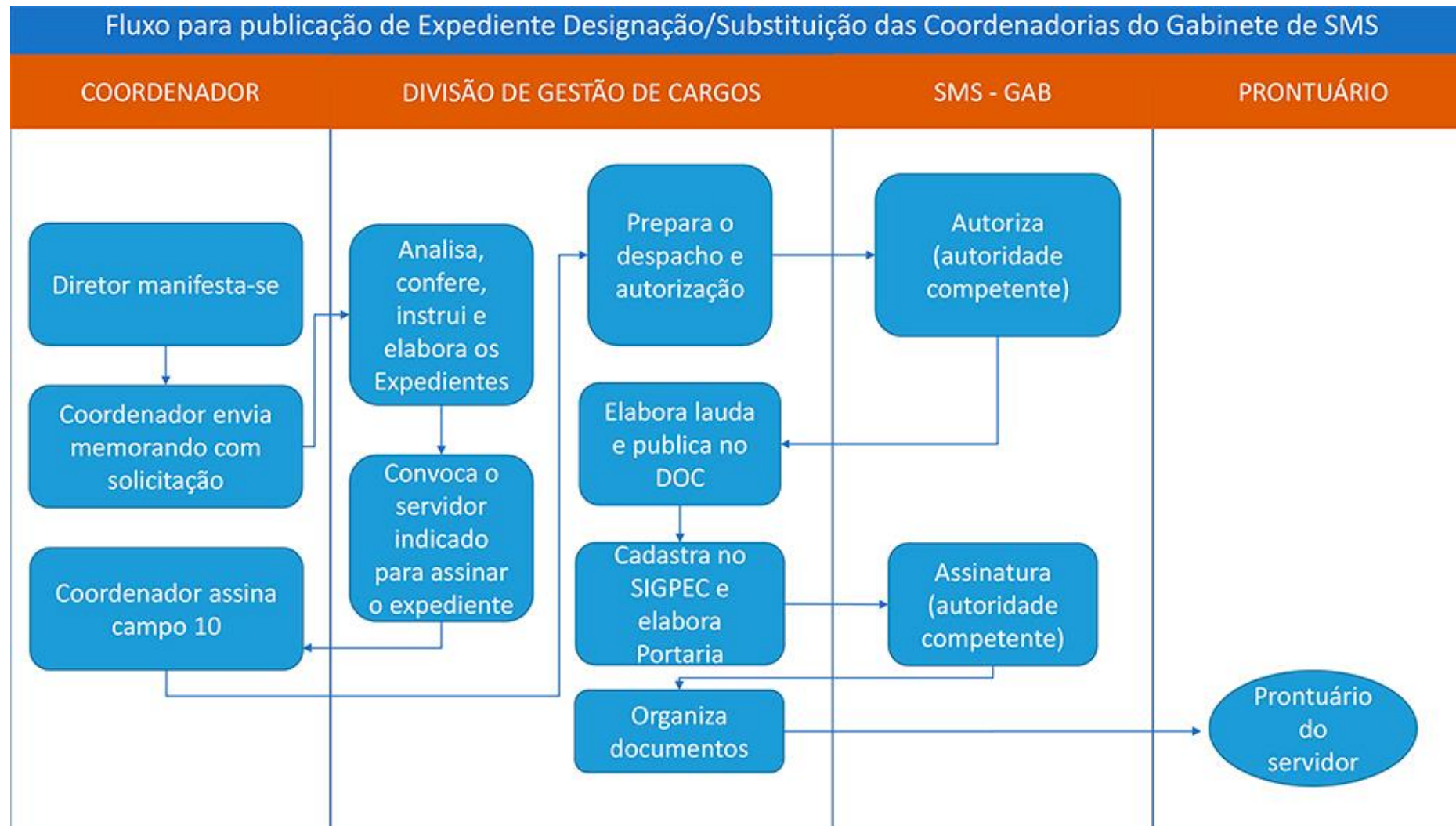
___ / ___ / ___

ASSINATURA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

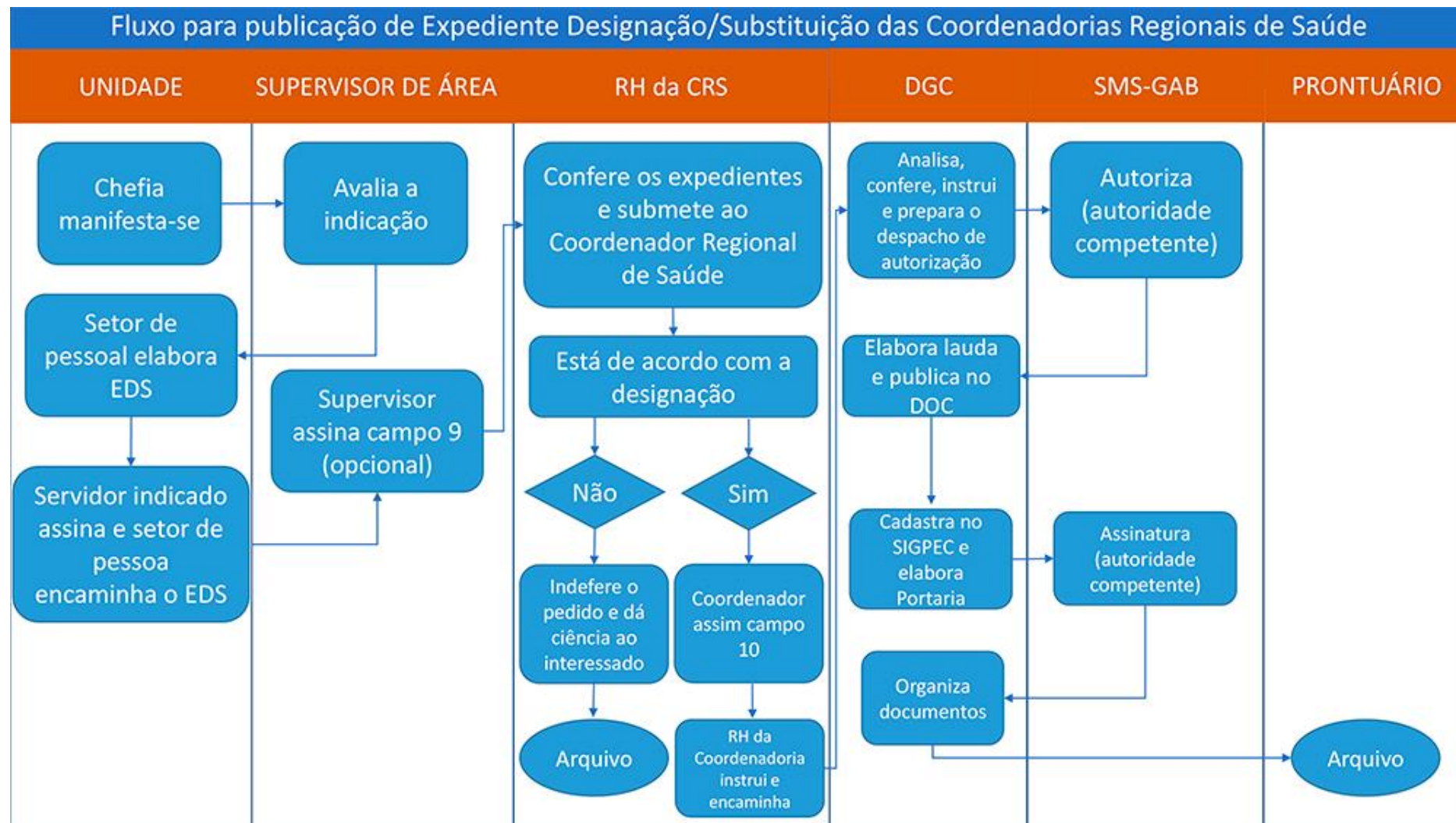
14 - OBSERVAÇÕES: (42)

DIVISÃO DE GESTÃO DE CARGOS/COGEP

FLUXOGRAMA DAS COORDENADORIAS DO GABINETE



FLUXOGRAMA DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE



TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., CONSULTA, HIST. FUNC., DETALHES:

Histórico Funcional

Identificação

Registro: 6477933 MARIA JOSE PINHEIRO Vínculo: 1 Detalhes

Relação Jur-Adm.: EFETIVO Grupo/Sub.: PCCS/MEDIO Exerc.: 21/10/1992

Situação: ATIVO Setor: 180130004000000 - GRUPO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE FISICA

Detalhes Retorna

Regime Jurídico: Estatutario

Situação: Ativo

Cargo Atual: 130422 - ASSISTENTE DE GESTAO DE POLITICAS PUBLICAS NIVEL I Segmento/Espec.: 27 - SUPOR

Ref. Cargo Atual: M6 Categ. Ref.: 6 Jornada: 40 H

Unid. Lot./Nome do Cargo Atual: 180000000000000 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

Lotação efetiva: SMS

Cargo com/func.: 711032 - ASSISTENTE TECNICO II - Ref.: DAS11

Jornada: 40 H Unid. Nom./desig.: 180130004000000 - GRUPO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE FISICA

Cedido: Não

Código de Endereçamento: 1810001 - GRUPO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE FISICA

TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., FÉRIAS, FÉRIAS:

Férias

Identificação

Registro: 7970072 OTAVIO PIOLI BARBERAN Vínculo: 1 Detalhes

Relação Jur-Adm.: EFETIVO Grupo/Sub.: PCCS/MEDIO Exerc.: 13/12/2010

Situação: ATIVO Setor: 183400000000000 - COORDENADORIA DE GESTAO DE PESSOAS

Férias

Início das Férias	Data prevista de Término	Término das Férias	Período Aquisitivo		Dias de Direito	Dias Utilizados	Saldo do Per. Aquis.
05/11/2018	14/11/2018	14/11/2018	01/01/2018	31/12/2018	30	30	0
02/05/2018	21/05/2018	21/05/2018	01/01/2018	31/12/2018	30	30	0
18/10/2017	01/11/2017	01/11/2017	01/01/2017	31/12/2017	30	30	0
02/05/2017	16/05/2017	16/05/2017	01/01/2017	31/12/2017	30	30	0
13/10/2016	27/10/2016	27/10/2016	01/01/2016	31/12/2016	30	30	0
10/05/2016	24/05/2016	24/05/2016	01/01/2016	31/12/2016	30	30	0
13/10/2015	01/11/2015	01/11/2015	01/01/2015	31/12/2015	30	30	0
08/04/2015	17/04/2015	17/04/2015	01/01/2015	31/12/2015	30	30	0

Salarial

Observação

TELAS DO SIGPEC: HIST. FUNC., LICENÇAS E AFASTAMENTOS, LICENÇA/AFASTAMENTO:

Licenças/Afastamentos

Identificação

Registro: 7970072 OTAVIO PIOLI BARBERAN Vínculo: 1 Detalhes

Relação Jur-Adm.: EFETIVO Grupo/Sub.: PCCS/MEDIO Exerc.: 13/12/2010

Situação: ATIVO Setor: 1834000000000000 - COORDENADORIA DE GESTAO DE PESSOAS

Licenças e Afastamentos

Início	Data Prevista de Término	Término	Dias	Mnemônico	Descrição de Frequência	Número Req
06/03/2014	31/03/2014	31/03/2014	26	LMP	Licença Médica do Servidor por Concessão Pericial	
10/01/2013		11/01/2013	2	LNJ	Licença por Motivo de Óbito de Membro da Família	
07/09/2011		09/09/2011	3	LMU	Licença Médica do Servidor por Concessão da Chefia da Unid	

Motivo

Gerado por perícia médica, laudo número: 9710219

MODELO: OFÍCIO DE JUSTIFICATIVA



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

COORDENADORIA.....

São Paulo, de 2018

Ofício nº /2018 –

Senhor Secretário,

Considerando o estabelecido no Artigo 2º, parágrafo 1º, do Decreto nº 58.183, de 09 de abril de 2018, DOC de 10/04/2018, e tendo em vista as férias da servidora, RF: V...., Assessor Técnico I – DAS 11, da Coordenadoria, no período de a, e para que não haja prejuízo nas atividades, solicitamos verificar a possibilidade de autorizar a substituição pela servidora, RF V....

Justificamos a solicitação, visto que as

.....
.....
.....

Na oportunidade, apresentamos votos de elevado apreço e distinta consideração.

Coordenadora da CRS

**Ilustríssimo Senhor
WILSON MODESTO POLLARA
M.D. Secretário Municipal da Saúde
N E S T A**

Rua General Jardim, 36– CEP: 01223-010 – Fone: 3397-4000

MODELO: DECLARAÇÃO DE FICHA LIMPA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO ÚNICO A QUE SE REFERE O ARTIGO 3º DO DECRETO Nº 53.177, DE 04 DE JUNHO DE 2012.

DECLARAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A), EMPREGADO(A) OU INDICADO(A):

NOME: _____

RF/RG: _____ CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO: _____

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

2. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento das vedações constantes do Artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04 de junho de 2012, que estabelece as hipóteses impeditivas de nomeação, contratação, admissão, designação, posse ou início de exercício para cargo, emprego ou função pública, em caráter efetivo ou em comissão, e que:

NAO INCORRO em nenhuma das hipóteses de inelegibilidade previstas no referido Artigo.

INCORRO nas hipóteses de inelegibilidade previstas no referido Artigo.

TENHO DUVIDAS se incorro ou não na(s) hipótese(s) de inelegibilidade prevista(s) no(s) inciso(s) _____ do referido Artigo, e por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação das hipóteses de inelegibilidade.

DECLARO, ainda, sob as penas da Lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, e no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____/_____/_____

Assinatura do interessado/servidor

RG/RF: _____

LEGISLAÇÃO EM VIGOR:

LEI Nº 8.989 DE 29/10/1989.

DECRETO Nº 57.857 - PUBLICADO NO DOC DE 06/09/2017 (Reorganização da Secretaria Municipal da Saúde).

DECRETO Nº 58.183 - PUBLICADO NO DOC DE 10/04/2018 (Delegação de Competência aos Secretários Municipais para designar os substitutos nos impedimentos legais de titulares de cargos e funções que comportem substituição).