



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHANGAPI
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

Secretaria Municipal De Administração

ANEXO II

EXAMES CLÍNICOS E ATESTADO DE SANIDADE MENTAL

1ª Via Original	Hemograma	
1ª Via Original	Glicose	Jejum
1ª Via Original	Vdrl	
1ª Via Original	Urina	Rotina
1ª Via Original	Fezes	Parasitológico
1ª Via Original	Psa	Homens A Partir Dos 40 Anos
1ª Via Original	Preventivo	
1ª Via Original	Mamografia	Mulheres A Partir Dos 40 Anos
1ª Via Original	Audiometria	Para Os Motoristas
1ª Via Original	Atestado De Sanidade Mental	Emitido Por Médico Psiquiatra

Obs: Os custos com EXAMES CLÍNICOS, ADMISSIONAL e ATESTADOS DE SANIDADE MENTAL são de RESPONSABILIDADE DOS CONVOCADOS e poderão ser realizados por qualquer clínica e profissional devidamente registrado e habilitado juntos aos órgãos competentes.

Somente serão admitidos EXAMES CLÍNICOS, ADMISSIONAL e ATESTADOS DE SANIDADE MENTAL emitidos a no máximo 30 dias antes da realização do exame admissional.

Obs2: Todos os EXAMES CLÍNICOS, bem como o ATESTADO DE SANIDADE MENTAL, deverão ser apresentados no momento da realização do EXAME ADMISSIONAL.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHANGAPI
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, portador(a) do
CPF N° _____ e da Cédula Identidade N° _____
residente e domiciliado, na _____
Município de _____ declaro para os devidos fins
que até a presente data não possui bens a declarar.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO**.

_____, em _____ de _____ de _____

DECLARANTE



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHANGAPI
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

DECLARAÇÃO DE BENS
DECLARAÇÃO DE PATRIMÔNIO

Eu, _____, domiciliado
na _____, Município _____

DECLARO, sob as penas de lei, que meu patrimônio é composto dos seguintes bens e respectivos valores atuais de mercado:

1	_____	Valor: _____
2	_____	Valor: _____
3	_____	Valor: _____
4	_____	Valor: _____
5	_____	Valor: _____
6	_____	Valor: _____
7	_____	Valor: _____
8	_____	Valor: _____
9	_____	Valor: _____

DECLARO ainda que o(s) valor(es) acima apresentado(s) é(são) verdadeiro(s) e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados falsos e/ou divergentes são de minha inteira responsabilidade.

Autorizo a confirmação e averiguação das informações acima.

_____, em _____ de _____ de _____

DECLARANTE



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHANGAPI
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO
DE CARGOS E DE PROVENTOS DA INATIVIDADE**

Eu, _____, aprovado(a)
no concurso público realizado pelo Município de Inhangapi/PA, para o cargo de
_____, **DECLARO**, para fins de prova junto a este
Órgão que: () Não ocupo qualquer cargo, emprego ou função em qualquer
órgão, autarquia, fundação, empresa pública ou sociedade de economia mista da União,
do Distrito Federal, dos Estados ou Municípios, em conformidade com o Art. 37, inciso
XVII da Constituição Federal.

() Ocupo o cargo de _____, com
carga horária de _____ horas semanais, no Órgão _____,
conforme comprovante em anexo.

DECLARO AINDA QUE:

() **Não** irei acumular percepção de vencimento de cargo ou emprego público
efetivo em proventos da inatividade.

() **Irei** acumular proventos da inatividade do cargo de _____
exercido no _____ com cargo efetivo que ocuparei neste
município.

Por expressão da verdade firmo a presente.

DECLARANTE