



**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**  
**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE**

Rua Boquim, n.º 589 Centro, CEP 49010-280 - Aracaju - Sergipe  
Tels.: (79) 3212-0700 - Fax: (79) 3212-0703 – Home page: [www.cremese.org.br](http://www.cremese.org.br)

---

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO**

\_\_\_\_\_, infra-assinado, portador do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, nos termos dos incisos XVI e XVII, §10, do art. 37, da Constituição Federal de 1988, declaro que NÃO acumulo ilicitamente cargo ou emprego público, no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público.

( ) Para fins do contido nos supracitados incisos XVI e XVII, do art. 37 da Constituição Federal, DECLARO que exerço licitamente o cargo de \_\_\_\_\_, no (a) \_\_\_\_\_, onde estou sujeito (a) à carga horária contratual de \_\_\_\_ horas semanais, que cumpro de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, no horário das \_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, conforme certidão anexa.

( ) Para fins do contido nos supracitados incisos XVI e XVII, do art. 37 da Constituição Federal, DECLARO que acumulo licitamente proventos de aposentadoria ocorrida em \_\_\_\_\_ no cargo de \_\_\_\_\_, do(a) \_\_\_\_\_, conforme certidão anexa.

DECLARO ainda, ter plena ciência de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo/função para a qual fui contratado(a), comprometendo-me, a qualquer tempo informar ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe qualquer alteração nas condições acima informadas.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Declarante