



Assinatura

PORTARIA Nº 755/2023

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE GRAVATÁ**, Estado de Pernambuco, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Nomear **RODRIGO QUEIROZ GOMES**, CPF 028.095.154-09, para exercer em comissão o cargo de **COORDENADOR**, de símbolo CC7, da Secretaria de Saúde, com efeito retroativo ao 06 de junho de 2023.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Palácio Joaquim Didier, 26 de junho de 2023.


José Roberto da Silva
Prefeito do Município de Gravatá

FICHA DE FUNCIONÁRIO (A)

SECRETARIA/SETOR: SECRETARIA SAÚDE

FUNÇÃO: COORDENADORA SAÚDE BUCAI

Dt. Admissão: 06 / 06 / 23

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME COMPLETO: RODRIGO QUEIROZ GOMES

CPF: 028.095.154-09

NIS: 19021410.92/6

CTPS: _____ Série: _____

RG: 48.76.396

Órgão Expedidor/UF: SSP/PE

Dt. Emissão RG: 25 / 09 / 1992

Nome do Pai: JOSÉ GOMES FILHO

Nome da Mãe: DIRECRAI QUEIROZ GOMES

Título de Eleitor: 476008908/68

Zona: 101

Carteira de Habilitação: 02185772615

Dt. Emissão CNH: 10 / 04 / 23

Certidão Militar: _____

Série: _____

Categoria: _____

Dt. Nascimento: 20 / 09 / 1977

Naturalidade/UF: RECIFE - PE

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE LACERDA

CEP: 54.450 - 020

Nº: 6087 Bairro: PANDEIROS

Município/UF: JABOATÃO DO GUARAPUAVA

Telefone: (81) 99921-2009

Celular: (81) 99921-2009

E-mail: RODRIGOQUEIROZ@HOTMAIL.COM

GRAU DE INSTRUÇÃO DE ENSINO

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Médio Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Completo

Ensino Técnico Incompleto

Ensino Superior Incompleto

Ensino Técnico Completo

Ensino Superior Completo

Curso: _____

Curso: ODONTOLOGIA

ESTADO CIVIL

Solteiro (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

União Estável

Nome do (a) Conjugê: _____

CPF: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Possui filho (a)? Sim Não

Quantos (as) filhos (as)? 01

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Agência: 1232

Conta: 119811-4

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

OBS 1: TODOS OS CAMPOS DESTA FICHA DEVEM SER PREENCHIDOS.

OBS 2: É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS PARA FINS DE COMPROVAÇÃO.

O NÃO CUMPRIMENTO DAS OBSERVAÇÕES RESULTARÁ NO NÃO CADASTRAMENTO DO (A) SERVIDOR (A).

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE VÍNCULOS

Declaro, **sob as penas da Lei**, junto à Prefeitura Municipal de Gravatá/PE, de acordo com as disposições legais vigentes previstas nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, e o contido no art. 190, da Lei nº 6.123, de 20 de julho de 1968 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco), para fins de Contratação Temporária por Excepcional Interesse Público para a função de COORDENADOR SAÚDE BUCAL que:

Acumulação de Vínculo
<input checked="" type="checkbox"/> Não estou em disponibilidade, em gozo de aposentadoria compulsória/invalidez, em licença para tratar de interesse particular ou suspensão contratual, nem ocupo nenhum outro cargo/emprego/função no âmbito federal, estadual ou municipal.
<input type="checkbox"/> Acumulo cargo/emprego/função de _____ sob o vínculo de _____ no(a) _____ desde _____.
<input type="checkbox"/> Não sou aposentado por invalidez em Órgão Público Federal, Estadual, Distrital ou Municipal e nem do INSS. Não percebo isenção de Imposto de Renda em decorrência de doença especificada em lei.
<input type="checkbox"/> Percebo aposentadoria referente ao cargo de _____, no regime de _____ do(a) _____.

Comprometo-me a comunicar, ao órgão/Secretaria onde estou lotado e à Secretaria Municipal de Saúde de Gravatá, qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida profissional, que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos, empregos e funções.

Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Gravatá/PE, 06 de JUNHO de 20__

Identidade: 4876596

CPF: 028.098.154-09