



Instituto de Seguridade  
Social dos Servidores  
Municipais de Anápolis



## DECLARAÇÃO – ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Para atendimento do disposto no artigo 2º, da Instrução Normativa nº 00017/2023, do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM/GO, **DECLARO** junto ao Município de Anápolis que:

**NÃO ACUMULO** cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público.

**ACUMULO** cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público, abaixo discriminado:

OUTRO ÓRGÃO: \_\_\_\_\_

CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_

**Obs.: em caso de haver acumulação de cargos públicos, deverão ser encaminhados documentos comprobatórios da admissão em cada cargo e as respectivas jornadas de trabalho para aferição da compatibilidade das cargas horárias**

---

---

---

---

---

Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Assinatura do requerente, conforme documento de identidade apresentado)