



DV – CADM (DECLARAÇÃO DE VÍNCULOS E ATIVIDADES PROFISSIONAIS)

1. DADOS PESSOAIS

NOME:		CPF:
FUNÇÃO:	ESPECIALIDADE:	
CONSELHO:	Nº DO REGISTRO:	

2. DADOS DO POSTO DE TRABALHO PRETENDIDO

DISTRITO:	UNIDADE:
CARGA HORÁRIA:	HORÁRIO / ESCALA DE TRABALHO:

3. INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS VÍNCULOS PÚBLICOS OU ATIVIDADES PROFISSIONAIS

DECLARO	<input type="checkbox"/> POSSUIR	OUTRO(S) VÍNCULOS OU ATIVIDADES PROFISSIONAIS, CONFORME DESCRITO ABAIXO:
	<input type="checkbox"/> NÃO POSSUIR	

3.1 - NOME DA INSTITUIÇÃO:	FUNÇÃO EXERCIDA:	
VÍNCULO TRABALHISTA:	TIPO DE VÍNCULO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
CARGA HORÁRIA:	HORÁRIO / ESCALA DE TRABALHO:	

3.2 - NOME DA INSTITUIÇÃO:	FUNÇÃO EXERCIDA:	
VÍNCULO TRABALHISTA:	TIPO DE VÍNCULO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
CARGA HORÁRIA:	HORÁRIO / ESCALA DE TRABALHO:	

3.3 - NOME DA INSTITUIÇÃO:	FUNÇÃO EXERCIDA:	
VÍNCULO TRABALHISTA:	TIPO DE VÍNCULO	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
CARGA HORÁRIA:	HORÁRIO / ESCALA DE TRABALHO:	

4. DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE E VERACIDADE

Declaro que as jornadas de trabalho dos vínculos supracitados são compatíveis com o contrato administrativo firmado com o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde.
Estou ciente que a inveracidade nesta declaração, além das consequências jurídicas cabíveis, tornará nulo de pleno direito o contrato administrativo em questão.
Declaro não possuir também, qualquer vínculo de parentesco ou matrimônio, afim ou consanguíneo, até o segundo grau, ou de adoção com o Prefeito, Vice-Prefeito, vereadores e ocupantes de cargo em comissão, conforme o disposto no Artigo 42 da Lei Orgânica do município de Belo Horizonte.
Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, previstas no Artigo 229 do Código Penal Brasileiro.

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------