Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Goiás
Serviço de Gestão Administrativa

Carta Circular nº 20/2019-GO/SEGAD/GO/SEMS/SE/MS

Goiânia, 03 de julho de 2019.

A(o) Senhor(a)
SERVIDOR(A) DA SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO GOIÁS

Assunto: **Declaração Anual de Permanência nas Atividades de Combate e Controle de Endemias - GACEN**

Senhor(a) Servidor(a),

1. Considerando a Portaria n° 484 de 1°/04/2014, publicada no Diário Oficial da União n° 63 de 02/04/2014, que dispõe sobre os critérios de concessão e pagamento da Gratificação Especial de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GECEN) e da Gratificação de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GACEN), instituídas pela Lei n° 11.784 de 22 de setembro de 2008.

2. Considerando o Artigo n° 15 da Portaria supracitada nos seguintes termos: "Os servidores efetivos e empregados públicos deverão encaminhar à chefia imediata, **até o dia 30 de junho** de cada exercício, a declaração constante do anexo a esta Portaria, sob pena de não recebimento da GECEN ou GACEN, conforme o caso" (grifo nosso).

3. Solicito que, o(a) senhor(a) **preencha a Declaração em anexo e envie para esta Superintendência** em até 10 (dez) dias a contar da data do recebimento.

4. Para maiores esclarecimentos, entrar em contato pelos telefones (62) 3526-1018/1016.

Atenciosamente,

MARLI SOREL DE ARAÚJO GONÇALVES
Chefe do Serviço de Gestão Administrativa

DECLARAÇÃO ANUAL DE PERMANÊNCIA NAS ATIVIDADES DE COMBATE E CONTROLE DE ENDEMIAS

Eu, _____, Servidor/empregado público no MINISTÉRIO DA SAÚDE, ocupante do cargo/emprego público de _____, Classe "___", Padrão ___, Matricula SIAPE nº _____, declaro que permaneço em atuação nas Atividades de Combate e Controle de Endemias, de que tratam os arts. 53 a 55 da Lei nº 11.784, de 22.09.2008, e art. 284 da Medida Provisória nº 441, de 29.08.2008. Responsabilizo-me pela veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa a declaração, estou sujeito às penas da Lei.

_____

Local e data

_____

Assinatura do(a) servidor(a)