

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E
ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL**



FICHA CADASTRAL DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR				RG DO PARANÁ	
SEXO () M () F	DATA NASCIMENTO ____/____/____	ESTADO	CPF	PIS/PASEP	

NATURALIDADE	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL
---------------------	----------------------	---------------------

TÍTULO DE ELEITOR

Nº INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO	TIPO SANGÜINEO/ FATOR RH	DEFICIENTE FÍSICO? () SIM () NÃO
---------------------	-------------	--------------	---------------------------------	--

RAÇA/ COR: BRANCA () AMARELA () PARDA () NEGRA ()
--

DADOS BANCÁRIOS

BANCO DO BRASIL 001	AGÊNCIA	CONTA
-------------------------------	----------------	--------------

FILIAÇÃO

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
--------------------	--------------------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TELEFONE	CEP
MUNICÍPIO	CELULAR	
E-MAIL DO SERVIDOR:		

PESSOAS PARA CONTATO

NOME	TELEFONE	NOME	TELEFONE
-------------	-----------------	-------------	-----------------

**** A ficha deve ser digitada ou preenchida em letra de forma.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL
RELAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME DO SERVIDOR	RG DO PARANÁ
POSSUI DEPENDENTES? () SIM () NÃO	Nº DE DEPENDENTES

TIPO DE DEPENDENTE	NOME	
SEXO () M () F	POSSUI RENDA PRÓPRIA? () SIM () NÃO	*DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA () SIM () NÃO
O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR? () SIM () NÃO		

TIPO DE DEPENDENTE	NOME	
SEXO () M () F	POSSUI RENDA PRÓPRIA? () SIM () NÃO	*DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA () SIM () NÃO
O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR? () SIM () NÃO		

TIPO DE DEPENDENTE	NOME	
SEXO () M () F	POSSUI RENDA PRÓPRIA? () SIM () NÃO	*DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA () SIM () NÃO
O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR? () SIM () NÃO		

TIPO DE DEPENDENTE	NOME	
SEXO () M () F	POSSUI RENDA PRÓPRIA? () SIM () NÃO	*DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA () SIM () NÃO
O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR? () SIM () NÃO		

*** Para declarar o dependente de imposto de renda é obrigatório apresentar a Declaração Anual de Ajuste de Imposto de Renda.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL

INFORMAR NO CAMPO ABAIXO CASO UM OU MAIS DOS DEPENDENTES NÃO RESIDAM COM O SERVIDOR.

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TELEFONE	CEP
MUNICÍPIO	ESTADO	

NOME DO DEPENDENTE QUE NÃO RESIDE COM O SERVIDOR

OBSERVAÇÃO

- 1 - É OBRIGATÓRIO ANEXAR A CERTIDÃO DE CASAMENTO E NASCIMENTO DOS DEPENDENTES;
- 2 - PARA QUE OS DEPENDENTES ACIMA SEJAM ABATIDOS NO IMPOSTO SOBRE RENDA É NECESSÁRIO ANEXAR UMA DECLARAÇÃO DE I.R DO EXERCÍCIO CORRENTE OU NO MÁXIMO DO EXERCÍCIO ANTERIOR;
- 3 - MANTENHA O ENDEREÇO ATUALIZADO, TANTO DO TITULAR COMO DOS DEPENDENTES.

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PRESENTE FICHA DE CADASTRO E DE DEPENDENTES.

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA

Conferi as informações constantes no presente documento.

Data ____ / ____ / ____

Nome / Assinatura
GRHS/SESP

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL

DECLARAÇÃO DE BENS

DECLARAÇÃO

Eu, _____, R.G nº _____, nomeado pelo Decreto nº _____ / _____, para exercer o cargo de _____, classe/referência _____, declaro para fins de posse que:

- () – não possuo bens a declarar em meu nome:
() – possuo bens conforme abaixo discrimino:

Curitiba, _____, de _____ de _____.

Assinatura

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL

TERMO DE COMPROMISSO

Aos, _____ dias do mês de _____ do ano de _____, eu _____, ocupante do cargo de _____, na função de _____ 3ª classe, do Quadro de Próprio do Poder Executivo - QPPE, firmo o presente Termo de Compromisso, conforme estabelece os artigos 37, 272, 273 e 274, da Lei nº 6174, de 16/11/70, declarando que não **EXERÇO** ou **EXERCEREI** cumulativamente, outro cargo, função ou atividade particular de caráter profissional ou público, de qualquer natureza e não percebo simultaneamente proventos de aposentadoria decorrentes do Artigo 40 ou dos Artigos 42 e 142 da Constituição Federal ressalvados os cargos acumuláveis na forma da Lei.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA

GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL
DECLARAÇÃO – ACÚMULO DE CARGO

NOME DO SERVIDOR			RG DO PARANA
SEXO	DATA NASCIMENTO	ESTADO NASCIMENTO	FUNÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL			
RUA/AVENIDA/ETC	NUM	NUMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TEL	TELEFONE	CEP
MUNICÍPIO	EST	ESTADO	

() () DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO QUE NÃO EXERÇO OUTRA ATIVIDADE OU FUNÇÃO REMUNERADA, NEM PERCEBO QUALQUER BENEFICIO ORIUNDO DOS COFRES PÚBLICOS.

() – DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO QUE PERCEBO REMUNERAÇÃO POR OUTRA FONTE, CONFORME SEGUE:

IDENTIFICAÇÃO DE OUTRA FONTE DE RENDIMENTO

() ATIVO () APOSENTADO () REFORMADO () PENSIONISTA

ÓRGÃO _____

ENDEREÇO _____

CARGO/FUNÇÃO _____

DATA ADM/NOM ____/____/____; HORÁRIO DE TRABALHO _____

CARGA HORÁRIA SEMANAL _____; TURNO _____

DISCIPLINA (MAGISTÉRIO) _____; REMUNERAÇÃO _____

* APRESENTAR COMPROVANTE DA REMUNERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DE OUTRA FONTE DE RENDIMENTO

() ATIVO () APOSENTADO () REFORMADO () PENSIONISTA

ÓRGÃO _____

ENDEREÇO _____

CARGO/FUNÇÃO _____

DATA ADM/NOM ____/____/____; HORÁRIO DE TRABALHO _____

CARGA HORÁRIA SEMANAL _____, TURNO _____

DISCIPLINA (MAGISTÉRIO) _____; REMUNERAÇÃO _____

* APRESENTAR COMPROVANTE DA REMUNERAÇÃO

DECLARO ATRAVÉS DESTES INSTRUMENTOS, QUE ME RESPONSABILIZO NA FORMA DA LEI, PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES NELA PRESTADA.

CURITIBA, ____ DE _____ DE ____.

ASSINATURA

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei, para fins de Posse, e nos termos da alínea “c” do subitem 15.2, item 15, do Edital 016/2013-SEAP, que não fui demitido, em consequência de aplicação de pena disciplinar, do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal, nos últimos cinco anos, contados de forma retroativa da data de nomeação, nem perdi o cargo em razão de ordem judicial.

_____, _____ de _____ de 2017.

(assinatura)

Nome legível: _____.

RG nº: _____.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL
AUTORIZAÇÃO

§ 1º. A atualização anual de que trata o caput será realizada no prazo de até trinta dias após a data limite fixada pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda para a apresentação da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física.

*§ 2º. O cumprimento do disposto no § 4º do art. 13 da Lei nº 8.429/92, poderá, a critério do agente público, no caso da atualização anual de que trata o caput, realizar-se mediante autorização de acesso à declaração anual apresentada à Secretaria da Receita Federal, no mesmo prazo indicado no § 1º, desde que a declaração contenha os dados previstos no artigo 2º. **AUTORIZAÇÃO***

Pelo presente instrumento, autorizo os representantes legais do Estado do Paraná a requisitarem e acessarem as informações por mim prestadas à Receita Federal relativas aos bens, direitos, valores e obrigações constantes das minhas declarações anuais de bens, bem como de meu cônjuge e dependentes.

Esta autorização é válida, em caráter de atualização para todos os exercícios conforme vínculo mantido com o Estado, para fins do artigo 3º do Decreto Estadual nº 2141/2008:

Art. 3º. Os agentes públicos de que trata este decreto atualizarão, em formulário próprio, anualmente e no momento em que deixarem o cargo, emprego ou função, a declaração dos bens e valores, com a indicação da respectiva variação patrimonial ocorrida, observada a obrigatoriedade de inserção dos dados previstos no artigo 2º.

E conforme previsto no artigo 198, §1º, inciso II do CTN:

Art. 198. Sem prejuízo do disposto na legislação criminal, é vedada a divulgação, por parte da Fazenda Pública ou de seus servidores, de informação obtida em razão do ofício sobre a situação econômica ou financeira do sujeito passivo ou de terceiros e sobre a natureza e o estado de seus negócios ou atividades. (Redação dada pela Lcp nº 104, de 10.1.2001)

§ 1º Excetuam-se do disposto neste artigo, além dos casos previstos no art. 199, os seguintes: (Redação dada pela Lcp nº 104, de 10.1.2001)

II - solicitações de autoridade administrativa no interesse da Administração Pública, desde que seja comprovada a instauração regular de processo administrativo, no órgão ou na entidade respectiva, com o objetivo de investigar o sujeito passivo a que se refere a informação, por prática de infração administrativa. (Incluído pela Lcp nº 104, de 10.1.2001)

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Local e data: _____

Assinatura conforme documento de identidade:

TERMO DE CIÊNCIA

De acordo com o disposto na Resolução nº 3402/2006 do Conselho Monetário Nacional - CMN, que determina que as Instituições Financeiras na prestação de serviços de pagamento de salário, proventos, soldos, vencimentos, aposentadorias, pensões e similares, ficam obrigadas a proceder aos respectivos créditos em nome dos beneficiários mediante utilização de contas destinadas ao registro e controle do fluxo de recursos (conta salário). E, conforme Contrato de Prestação de Serviços Financeiros e outras Avenças nº 05/2011-SEAP, firmado entre o Governo do Estado do Paraná e o Banco do Brasil S.A.

Eu

CPF, declaro que estou ciente da necessidade do cumprimento do disposto na referida Resolução e informo que meus dados bancários são os seguintes: Banco do Brasil, Agência (Sem dígito verificador):....., Conta Bancária (Com dígito verificador):

- Será rejeitado o crédito do pagamento em contas inativas, bloqueadas e/ou sem movimento.

Declaro ainda, que é de minha inteira responsabilidade as informações bancárias acima citadas ou a ausência das mesmas, o que implicará na rejeição dos valores pelo Banco e retorno aos cofres públicos.

....., de de 2017.

.....

ASSINATURA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA

Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado da Segurança Pública

_____,
RG _____, nomeado(a) para o cargo de
_____, do quadro de pessoal desta Secretaria, através do
Decreto nº _____ de ____/____/____, vem através deste a presença de
Vossa Excelência, REQUERER a prorrogação por mais 30 (trinta) dias para o prazo
de tomar posse na supra citada, a partir de ____/____/____.

Nestes Termos,
Pede Deferimento

Curitiba _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Edifício Caetano Munhoz da Rocha – Centro Cívico
Rua Dep. Mário de Barros, 1290 – 4º e 5º andar
80530-280 – Curitiba – Paraná – Brasil
Fone: 41 3313 1900