

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

COLAR  
FOTO

**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
--------------	------	-------	-----------------------------	------------------------------------

**CARTEIRA DE TRABALHO**

Nº DA CARTEIRA	Nº DA SÉRIE	DATA DA EMISSÃO
----------------	-------------	-----------------

**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**

<b>NOME DO SERVIDOR</b>	<b>RG DO PARANÁ</b>
<b>POSSUI DEPENDENTES?</b> ( ) SIM ( ) NÃO	<b>Nº DE DEPENDENTES</b>

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

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

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

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

**\* 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**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Aos, \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, eu  
\_\_\_\_\_,  
ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, 4ª classe, do  
Quadro Próprio da Polícia Civil - QPPC, 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**

**1ª VIA**

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

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

AVENIDA/ETC	NUMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TELEFONE	
MUNICÍPIO	ESTADO	

( ) DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO QUE NÃO EXERÇO OUTRA ATIVIDADE OU FUNÇÃO UNERADA, NEM PERCEBO QUALQUER BENEFICIO ORIUNDO DOS CÔFRES 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

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA**

**GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL**

**DECLARAÇÃO – ACÚMULO DE CARGO**

**2ª VIA**

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

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

AVENIDA/ETC	NUMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TELEFONE	
MUNICÍPIO	ESTADO	

( ) DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO QUE NÃO EXERÇO OUTRA ATIVIDADE OU FUNÇÃO UNERADA, NEM PERCEBO QUALQUER BENEFICIO ORIUNDO DOS CÔFRES 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 5.1 e 2.1, itens 5 e 20, do Edital 001/2013-SESP, 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(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 Excetua-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 .....

.....

ASSINATURA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA

**Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado da Segurança Pública e  
Administração Penitenciária**

\_\_\_\_\_,  
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