



Documentos Necessários para Admissão de Pessoal

Obs. Originais e cópias legíveis

- () 1 foto 3x4 atualizada;
- () Carteira de Identidade – RG (Obrigatório);
- () CPF;
- () Título de Eleitor;
- () PIS/PASEP;
- () Carteira Nacional de Habilitação (obrigatório em caso de exigência do cargo);
- () Comprovante de Endereço atualizado;
- () Carteira de Reservista (homem) - até 45 anos incompletos;
- () Carteira de Trabalho física das seguintes páginas: Identificação (página da foto) e qualificação civil (dados pessoais);
- () Carteira de Trabalho digital completa;
- () Certidão de Nascimento (se solteiro);
- () Comprovante de Escolaridade e Inscrição Profissional (Conforme exigência do Edital do Concurso);
- () Declaração de Imposto de Renda – DIRPF do último exercício;
- () Conta bancária.

Dependentes:

- () Certidão de Casamento ou União Estável ;
- () RG e CPF do cônjuge ou companheiro.
- () Certidão Nascimento e/ou RG dos filhos (até 21 anos, quando dependentes);
- () CPF dos filhos (independente da idade);
- () Declaração de vacinação dos filhos menores de 05 anos;
- () Declaração de Matrícula Escolar dos Filhos até 14 anos (original).

CERTIDOES DE ANTECEDENTES CRIMINAIS E QUITAÇÃO ELEITORAL

- **Justiça Federal:** Disponível em <http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao> → Tipo de certidão – Criminal
- **Justiça Federal:** Disponível em <http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao> → Tipo de certidão – Cível

Obs: Caso não consiga retirar, o candidato deverá comparecer ao prédio da Justiça Federal, Avenida Anita Garibaldi, 888, Ahú, Curitiba/PR.

- **Justiça Estadual** (Certidão Criminal) → **onde tenha residido nos últimos 05 anos**
- **Justiça Eleitoral:** <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor> → Tipo de certidão - Quitação Eleitoral
- **Justiça Eleitoral:** <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor> → Tipo de certidão - Crimes Eleitorais
- **Polícia Federal:** <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-certidao-de-antecedentes-criminais> → Atestado de Antecedentes Criminais

Se os dados não forem suficientes para a emissão de certidão, o(a) nomeado(a) deve comparecer à Superintendência da Polícia Federal, sito á Rua Professora Sandália Manzon, 210, Santa Cândida, Curitiba/PR.

- **Polícia Civil:** <https://www.policia civil.pr.gov.br/Pagina/atestados-expedidos-pelo-instituto-de-identificacao-do-parana> → Atestado de Antecedentes Criminais

Dúvidas: Posto 75 - Telefone: (41) 3068-7112 - Rua Tenente Sandro Luiz Kampa, 182 – Fazenda Rio Grande - Cep 83820-000 Pioneiros - Das 08:30 às 11:00 hr e das 13:00 às 16:00 hr – Anexo a Assistência Social.



FICHA ADMISSÃO					Foto 3x4
1 Identificação do Servidor					
Nome:					
CPF:					
2 Dados Cadastrais					
Data de Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
Nome do Pai:					
Nome da Mãe:					
Nacionalidade:		Naturalidade:		UF:	
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela (descendentes de orientais)					
Estado Civil:		Escolaridade:			
Nome do Cônjuge:					
Já foi cadastrado no PIS/PASEP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		PIS/PASEP n.º:			
Identidade:		Órgão:	Data:	UF:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	Data:	UF:	
Certificado Militar:	Categoria:		Data:		
Órgão expedidor:					
3 Endereço Residencial					
Endereço:					
Bairro:	Cidade:		CEP:	UF:	
Telefone: ()		Celular: ()			
4 E-mail (preencher com letra legível, de preferência em letra de forma)					
Endereço de e-mail pessoal:					
5 Correio Eletrônico / Senhas da Rede e Portal do Servidor					
Comprometo-me a cumprir as condições de uso do acesso à Rede e Correio Eletrônico, manter minhas senhas em sigilo, a utilizar o correio eletrônico de modo responsável, bem como a: a) não revelar, fora do âmbito profissional, informação da qual venha a ter conhecimento por força de minhas atribuições, salvo por decisão administrativa ou judicial; b) ter a devida cautela ao expor dados em tela, impressos ou gravados em mídias eletrônicas, não me afastando do micro computador sem encerrar ou bloquear o sistema em uso. Estou ciente de que responderei pelas consequências decorrentes da não observância dos cuidados mencionados acima.					

Declaro serem exatas as informações prestadas.

Data: ____/____/____

Assinatura

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS OU
EMPREGOS PUBLICOS

Eu,

CPF: declaro para os devidos fins e sob pena de tornar nula minha nomeação, que não exerço outro cargo ou emprego público em qualquer das esferas do governo, bem como não percebo benefício proveniente de regime Próprio de Previdência Social ou de Regime Geral de Previdência Social relativo a emprego público, (art. 37, § 10 da CF), podendo ser nomeado (a) para o cargo de

..... com horas semanais.

Por ser verdade firmo a presente para que surta seus efeitos legais.

Mandirituba, de de

Candidato (a)



Termo de responsabilidade para fins de salário-família

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDIRITUBA

BENEFICIÁRIOS:

NOME DO BENEFICIÁRIO	NASCIMENTO

() Não possuo Dependentes para fins de Salário Família.

Pelo presente termo de responsabilidade, declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou situações que venham a acarretar a perda do direito ao benefício do salário-família, tais como:

- óbito de filho ou equiparado;
- cessação da invalidez de filho inválido ou equiparado;
- sentença judicial que confira o direito ao pagamento do benefício a outrem.

Declaro ainda que estou ciente que a falta de cumprimento da obrigação ora assumida ensejará a devolução das importâncias indevidamente recebidas, bem como a aplicação de eventuais penalidades previstas em lei.

Mandirituba, ____ de _____ de _____.

Nome do Declarante: _____

CPF: _____

Assinatura



DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES IMPOSTO DE RENDA NA FONTE

Nome :	CPF :
Cargo :	
Estado Civil :	Nascimento :

Podem ser Dependentes, para efeito do Imposto de Renda :

- 1- Companheiro (a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos, ou cônjuge;
- 2- Filho (a) ou enteado (a) até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- 3- Filho (a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos ;
- 4- Irmão (ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- 5- Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
- 6- Menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial;
- 7- Pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador.

ATENÇÃO :

Filho de pais separados :

- I- O contribuinte pode considerar como dependentes os filhos que fiquem sob sua guarda, em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente. Nesse caso, deve oferecer à tributação, na sua declaração os rendimentos recebidos pelos filhos, inclusive a importância recebida do ex-cônjuge a título de pensão alimentícia;
- II- O responsável pelo pagamento da pensão alimentícia pode deduzir o valor efetivamente pago a este título, sendo vedada a dedução do valor correspondente ao dependente, exceto no caso de separação judicial ocorrida em 2007, quando podem ser deduzidos, nesse ano, os valores relativos a dependente e a pensão alimentícia.

O fato de os dependentes receberem no ano-calendário rendimentos tributáveis ou não, não descaracteriza essa condição, desde que tais rendimentos sejam somados aos do declarante.

(Lei nº 9.250, de 1995, art 35; RIR/1999, art.77, § 1º; IN SRF nº 15, de 2001, art. 38)

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S):

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

() Não possui Dependentes para fins de Imposto de Renda.

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações contidas nesta declaração e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que venha ocorrer.

Mandirituba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor



DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS

Eu _____, portador(a) do
CPF número _____ declaro para fins de posse no cargo de _____
e em cumprimento às disposições legais pertinentes a Lei nº 8.730/93, que:

a () **não** possuo bens ou valores patrimoniais.

b () integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo:

Discriminação dos bens	Valor

Data: ____/____/____

Assinatura



DECLARAÇÃO – NÃO DEMITIDO DO SERVIÇO PÚBLICO

Eu, _____, abaixo assinado(a), brasileiro(a), _____ (estado civil), portador(a) do CPF n.º _____, declaro para o fim específico de contratação que não fui demitido(a) ou exonerado(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de aplicação de pena disciplinar após sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da contratação, e que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento.

Declaro ainda que, em caso de Processo Administrativo Disciplinar em andamento, estarei comunicando a decisão, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura de Mandirituba para que sejam tomadas as devidas providencias (esta situação poderá ser aplicado nos cargos que se enquadram art.37, inciso XVI e XVII, da Constituição Federal).

A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica, sujeitando-me às penas na lei.

Mandirituba, _____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____

CPF: _____



SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE - METROCARD

Eu,..... CPF:.....
declaro sob as penas da Lei Municipal n.º 02/91 e Decreto n.º 1.058/2007, que as verbas recebidas referente a Auxílio Transporte, é única e exclusivamente para o pagamento de passagens com transportes de ônibus.

Optado por:

() NÃO receber vale-transporte;

() Receber vale-transporte mensalmente, comprometendo-me:

A utilizá-los exclusivamente para o meu deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

A renovar o endereço residencial acima declarado, anualmente, ou sempre que houver alterações do meu endereço residencial, ou dos meios de transportes mais adequados ao meu deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

Endereço.....

Bairro:.....Cidade:.....

Matrícula:..... Cargo:.....

DECLARO AINDA QUE NÃO USAREI O AUXILIO TRANSPORTE DE FORMA DIFERENTE DO QUE FOI ESTIPULADO SOB PENA DE PERDER O DIREITO AO BENEFÍCIO E RESTITUIR OS VALORES JÁ RECEBIDOS, UMA VEZ QUE NÃO SEJA COMPROVADA AS EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS PELAS NORMAS VIGENTES.

FIGARÃO SUJEITOS AS SANÇÕES DA LEI, CONSTITUÍDO EM FALTA GRAVE, PASSÍVEL DE PROCESSO ADMINISTRATIVO AQUELE QUE NÃO UTILIZAR DE MANEIRA CORRETA O AUXILIO TRANSPORTE.

Por ser verdade firmo o presente.

Mandirituba,.....dede

.....

Assinatura

**FORMULÁRIO DE COMPLEMENTAÇÃO
OU ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**Este formulário destina-se à: **COMPLEMENTAÇÃO** **ALTERAÇÃO** **INDICAÇÃO** **Planos Individuais**

Matrícula	Proposta(s) de Inscrição
-----------	--------------------------

 Planos Coletivos

Nome do Estipulante ou Subestipulante PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDIRITUBA	Contrato 64240	Proposta/Certificado
---	--------------------------	----------------------

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo		CPF ¹	<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
Natureza do Documento de Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição

¹No caso de Proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome Completo	Data de Nascimento	Plano	Parentesco ²	Participação ³	Tipo ⁴
1				%	
2				%	
3				%	
4				%	
5				%	
6				%	
7				%	
8				%	
9				%	
10				%	
11				%	
12				%	
13				%	
14				%	
15				%	

² A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum³ O percentual de participação deve totalizar 100% por plano indicado. ⁴ Preencher este campo apenas para o plano PPC, códigos 15 e 18: indicar T - Beneficiário Temporário ou V - Beneficiário Vitalício.

Solicito providenciar, a partir desta data, a complementação ou alteração dos meus beneficiários, nos respectivos planos, conforme minha opção e os dados preenchidos acima. Estou ciente de que a opção "COMPLEMENTAÇÃO" será utilizada apenas em caso de insuficiência de espaço para a listagem dos beneficiários. Tenho ciência, ainda, que a opção "ALTERAÇÃO" acarretará a substituição dos beneficiários apenas dos planos indicados, permanecendo inalteradas quaisquer outras indicações existentes para outros planos, não citadas neste documento. Estou ciente que a opção "INDICAÇÃO" será utilizada apenas em caso de não preenchimento de Proposta de Adesão Individual, quando da inclusão no Seguro de Pessoas Coletivo. Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras para os devidos fins legais.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Dezembro/2017 - F014