



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

**FICHA CADASTRAL DO SERVIDOR**

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

COLAR  
FOTO

NOME DO SERVIDOR			
Nº RG DO PARANÁ		Nº CPF	
SEXO ( ) M ( ) F	DATA NASCIMENTO ____/____/____	ESTADO	Nº PIS/PASEP
NATURALIDADE	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL	

**TÍTULO DE ELEITOR**

Nº INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO	TIPO SANGUINEO/ 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	MUNICÍPIO		CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL DO SERVIDOR:	

**PESSOAS PARA CONTATO**

NOME	TELEFONE	NOME	TELEFONE
NOME	TELEFONE	NOME	TELEFONE



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	*PARA DECLARAR ESTE 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	*PARA DECLARAR ESTE 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	*PARA DECLARAR ESTE 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	*PARA DECLARAR ESTE 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	

<b>NOME DO DEPENDENTE QUE NÃO RESIDE COM O SERVIDOR</b>
---

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preencher a data somente no ato da contratação

**ASSINATURA**

CONFERI AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO PRESENTE DOCUMENTO.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura sobre carimbo  
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 da função de \_\_\_\_\_, 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 ou função pública e não percebo simultaneamente proventos de  
aposentadoria decorrentes do Artigo 37 ou dos Artigos 42 e 142 da Constituição Federal  
ressalvados os cargos acumuláveis na forma da Lei.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Preencher a data somente no ato da contratação

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



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

**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 Exceção-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: \_\_\_\_\_

Preencher a data somente no ato da contratação

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme documento de identidade:



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

**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 2016.

Preencher a data somente no ato da contratação

.....

**ASSINATURA**