

**FICHA CADASTRAL**  
**PSS – PROGRAMA DA SAÚDE MENTAL**  
**EDITAL Nº 001/2020 – SESP**

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

<b>NATURALIDADE</b>	<b>NACIONALIDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
---------------------	----------------------	---------------------

<b>TÍTULO DE ELEITOR</b>				
<b>Nº INSCRIÇÃO</b>	<b>ZONA</b>	<b>SEÇÃO</b>	<b>TIPO SANGÜINEO/ FATOR RH</b>	<b>DEFICIENTE FÍSICO? ( ) SIM ( ) NÃO</b>

<b>CARTEIRA DE TRABALHO</b>		
<b>Nº DA CARTEIRA</b>	<b>Nº DA SÉRIE</b>	<b>DATA DA EMISSÃO</b>

<b>RAÇA/ COR:</b> BRANCA ( ) AMARELA ( ) PARDA ( ) NEGRA ( )
--

<b>DADOS BANCÁRIOS</b>		
<b>BANCO DO BRASIL</b>  001	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA</b>

<b>FILIAÇÃO</b>	
<b>NOME DA MÃE</b>	<b>NOME DO PAI</b>

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>			
<b>RUA/AVENIDA/ETC</b>		<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
<b>BAIRRO</b>		<b>TELEFONE</b>	<b>CEP</b>
<b>MUNICÍPIO</b>		<b>CELULAR</b>	
<b>E-MAIL:</b>			



**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

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

\* Para inclusão de dependentes para fins de Imposto de Renda, é necessário apresentar a Declaração Anual de Ajuste de Imposto de Renda, bem como Certidão de Casamento e/ou Certidão de Nascimento, acompanhada de RG e CPF do dependente.

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

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

**ASSINATURA**



**DECLARAÇÃO DE BENS**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G nº \_\_\_\_\_, convocado e contratado pelo Edital nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, para exercer a função de \_\_\_\_\_, do Processo Seletivo Simplificado do Programa de Saúde Mental, declaro para fins de contratação que:

( ) – não possuo bens a declarar em meu nome:

( ) – possuo bens conforme abaixo discrimino:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## TERMO DE COMPROMISSO

Aos, \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, eu \_\_\_\_\_, ocupante da função de \_\_\_\_\_, contratado através de Processo Seletivo Simplificado, através do Edital nº 001/2020 - SESP firmo o presente Termo de Compromisso, conforme estabelece o artigo 7º da Lei Complementar nº 108/2005, declarando que não **EXERÇO** ou **EXERCEREI** cumulativamente, outro cargo, função ou atividade de caráter 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

### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO

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

#### ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NUM	NUMERO	COM	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

## 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



### 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