



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
E DA PREVIDÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS  
TERMO DE OPÇÃO

DESPACHO GRHS/SEED

**DADOS PESSOAIS:**

NOME: \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO [ ] FEMININO [ ]

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FONE: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:**

ÓRGÃO: \_\_\_\_\_ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ]

DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: \_\_\_\_\_ LF: \_\_\_\_\_

REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] SITUAÇÃO: ATIVO [ ] INATIVO [ ] OUTROS [ ]

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_ horas

HORÁRIO DE TRABALHO:

Manhã [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Tarde [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Noite [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_

**DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:**

ÓRGÃO: \_\_\_\_\_ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ]

DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: \_\_\_\_\_ LF: \_\_\_\_\_

REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] SITUAÇÃO: ATIVO [ ] INATIVO [ ] OUTROS [ ]

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_ horas

HORÁRIO DE TRABALHO:

Manhã [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Tarde [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Noite [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_

**DADOS DO 3º CARGO/EMPREGO:**

ÓRGÃO: \_\_\_\_\_ FEDERAL [ ] ESTADUAL [ ] MUNICIPAL [ ]

DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: \_\_\_\_\_ LF: \_\_\_\_\_

REGIME JURÍDICO: Estatutário [ ] CLT [ ] SITUAÇÃO: ATIVO [ ] INATIVO [ ] OUTROS [ ]

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_ horas

HORÁRIO DE TRABALHO:

Manhã [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Tarde [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ Noite [ ] das \_\_\_\_ às \_\_\_\_

**DECLARAÇÃO:**

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me na forma da  
Lei pela exatidão da presente Declaração.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Declarante

**TERMO DE OPÇÃO:**

Faço opção pelo(s) cargo(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Declarante