



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º 57/2018 – GS/SEED

LISTA DE DOCUMENTOS

Fase I - comprovação de títulos e documentos (item 7.11)	
Documentos originais	
a)	Comprovante de inscrição
b)	Carteira de identidade original ou outro documento oficial de identificação com foto
Títulos originais e cópias legíveis (ou cópias autenticadas)	
c)	Escolaridade informada no comprovante de inscrição (item 5.1 – obrigatório)
d)	Tempo de serviço informado no comprovante de inscrição (item 5.3)
	() CTPS (Setor Privado) () Declaração/Certidão/Portaria/Contrato/Dossiê Histórico-Funcional (setor público)
e)	Aperfeiçoamento profissional informado no comprovante de inscrição (item 5.3)
f)	Declaração negativa de benefício aposentadoria emitida nos últimos 6 (seis) meses (caso se enquadre no subitem 5.3.8)
g)	Declaração de anuência – Indígena Declaração de anuência – Quilombola
h)	Autodeclaração de pessoa negra para inscritos como PN
i)	Laudo médico para inscritos como PcD
Fase II – Contratação condicionada à existência de vaga (item 7.12.1) Está dispensado da apresentação dos documentos deste item o candidato que comprovar contrato anterior com a SEED.	
Documentos originais e cópias legíveis (ou cópias autenticadas)	
a)	Carteira de identidade expedida pelo instituto de identificação do paraná
b)	Comprovante de CPF
c)	CTPS – página da foto e qualificação civil
d)	Comprovante do PIS/PASEP
e)	Comprovante de conta corrente ou conta salário/pagamento do Banco do Brasil
f)	Comprovante de endereço atual
g)	Certificado de reservista ou de dispensa de incorporação para sexo masculino até 45 (quarenta e cinco) anos
h)	Título de eleitor e comprovante de quitação eleitoral
	*Ficha cadastral preenchida obtida no endereço eletrônico do NRE
	*Termo de ciência de conta bancária no endereço eletrônico do NRE
Fase II – Contratação condicionada à existência de vaga (item 7.12.2)	
a)	Atestado de saúde ocupacional emitido nos últimos 90 (noventa) dias É obrigatória a assinatura da declaração contida no anexo mesmo se acompanhado de atestado emitido pelo médico.
b)	Certidão negativa de antecedentes criminais emitida pela Justiça Estadual emitida nos últimos 6 (seis) meses
c)	Certidão negativa de antecedentes criminais emitida pela Justiça/Polícia Federal emitida nos últimos 6 (seis) meses
d)	Declaração de não demissão de serviço público
e)	Declaração de acúmulo de cargos
* Link de acesso aos editais das convocações e documentação: www.nre.seed.pr.gov.br (escolha o NRE de inscrição)	



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º 57/2018 – GS/SEED

MODELO 1 PROCURAÇÃO

Eu,
(nome completo)
.....,
(nacionalidade) (profissão) (estado civil)

Portador(a) da Identidade-UF....., CPF.....,
residente no endereço
nomeio e constituo meu/minha **PROCURADOR(A)** o(a) Sr.(a)
.....
(nome completo)

.....,
(nacionalidade) (profissão) (estado civil)

Portador(a) da Identidade- UF....., CPF.....,
residente no endereço
com a finalidade de apresentar documentação do outorgante no Núcleo Regional de Educação
de _____, por ocasião da:

- () Convocação para Comprovação de Títulos
() Distribuição de Aulas ou Funções

do PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/PR, para a função de _____
_____, referente ao ano de _____,
podendo o outorgado assinar todos os atos necessários para o cumprimento do presente.

_____, _____ de _____ de 201____.
(Local) (Data)

Assinatura do Outorgante
(Firma reconhecida)



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º XX/2018 – GS/SEED

MODELO 2

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL	
Nome: _____	
RG: _____ UF: ____ CPF: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____	
Função pretendida: () Professor / Pedagogo / Tradutor e Intérprete de Libras () Assistente Administrativo () Auxiliar de Serviços Gerais	
PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR	
Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se:	
() APTO para exercer a função de _____, gozando de plena saúde física e mental	
() INAPTO para exercer a função de _____.	

No caso de gestante, informar: A gestante encontra-se na _____ semana de gestação.	
Local: _____ Data: ____/____/201____	
_____ Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM	
=====	
Para preenchimento do candidato na data de sua contratação	
Eu, _____, RG n.º _____, declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.	
Local e data: _____, _____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do(a) candidato(a)	



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º 57/2018 – GS/SEED

MODELO 3

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 n.º _____-_____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____-____ ESTADO: _____ FONE: _____ (____) _____	
DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO: ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] 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 [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] 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 [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] 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 acima prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me na forma da Lei pela exatidão da presente Declaração. Data: ____/____/____	
TERMO DE OPÇÃO: Faço opção pelo cargo: _____ Assinatura do(a) Declarante _____ Data: ____/____/____	



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º 57/2018 – GS/SEED

MODELO 4

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____(nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) de RG n.º
_____, SSP/____ e CPF n.º _____, em atendimento ao item 10.1,
declaro para o fim específico de contratação pelo Processo Seletivo Simplificado pelo NRE de
_____, 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 a que se
refere o presente Edital, e que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a
ser cumprida ou em cumprimento.

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

_____ - PR, ____ de _____ de 20____.

(Município)

Assinatura do(a) candidato(a)



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED

ANEXO VI DO EDITAL N.º 57/2018 – GS/SEED

MODELO 5

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

Eu, _____, abaixo assinado(a), de nacionalidade _____, nascido(a) em ___/___/_____, no município de _____, UF____, filho(a) de _____ e _____, Estado _____, residente _____, município de _____, RG n.º _____, UF____, expedida em ___/___/_____, órgão expedidor _____, e de CPF n.º _____ CONVOCADO(A) pela lista de pessoa negra (preta ou parda) para comprovação de títulos pelo Processo Seletivo Simplificado da Secretaria de Estado da Educação do Paraná, **declaro, sob as penas da lei, que sou pessoa () preta () parda com característica fenotípicas negroides.** Estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito (à) às sanções prescritas no Código Penal* e às demais cominações legais aplicáveis.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

A validade deste documento estará sujeita à homologação pela Comissão Permanente de Verificação de Pertencimento Étnico-Racial.

*Decreto-Lei n.º 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal - Falsidade ideológica

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
FICHA CADASTRAL

3

DEPENDENTES - PREENCHER UMA FICHA PARA CADA DEPENDENTE

ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO PARA OS FILHOS E/OU CERTIDÃO DE CASAMENTO PARA O CÔNJUGE.
PARA OS FILHOS MENORES DE 12 ANOS É OBRIGATÓRIO ANEXAR A CARTEIRA DE VACINAÇÃO

GRAU DE DEPENDÊNCIA

- | | | | | | |
|--------------------------|-----|----------------------------------|--------------------------|----|------------------|
| <input type="checkbox"/> | AV | AVÓS | <input type="checkbox"/> | I | IRMÃO |
| <input type="checkbox"/> | B | BISNETO(A) | <input type="checkbox"/> | M | MÃE |
| <input type="checkbox"/> | BV | BISAVÓS | <input type="checkbox"/> | MP | MENOR POBRE |
| <input type="checkbox"/> | C | CONJUGÊ | <input type="checkbox"/> | G | MENOR SOB GUARDA |
| <input type="checkbox"/> | CU | CURATELADO | <input type="checkbox"/> | NA | NASCITURO |
| <input type="checkbox"/> | DSJ | DEPENDENTE COM SENTENÇA JUDICIAL | <input type="checkbox"/> | NA | NETO |
| <input type="checkbox"/> | E | ENTEADO | <input type="checkbox"/> | O | OUTROS |
| <input type="checkbox"/> | H | FILHO(A) | <input type="checkbox"/> | P | PAI |
| <input type="checkbox"/> | FC | FILHO CONVIVENTE | <input type="checkbox"/> | TU | TUTELADO |

NOME

RAÇA 0 INDÍGENA 2 BRANCA 4 NEGRA 6 AMARELA 8 PARDA

GRUPO E FATOR SANGUÍNEO A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-

RG --

END

BAIRRO **CEP** -

COMPLEMENTO

ESTADO CIVIL 01 - SOLTEIRO 04 - DIVORCIADO 07 - DESQUITADO
 02 - CASADO 05 - UNIÃO ESTÁVEL
 03 - VIÚVO 06 - SEPARADO

SITUAÇÃO FINANCEIRA COM RENDA DECLARAÇÃO DE BENS
 CREDOR DE ALIMENTOS SOB SUSTENTO

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, _____,

RG nº: _____, CPF nº: _____,

declaro que estou ciente da necessidade do cumprimento do disposto na referida Resolução e informo que meus dados bancários são os seguintes:

- Banco: 001 – Banco do Brasil,
- Agência: _____
- Conta Bancária: _____

➤ 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