

DADOS PARA ABERTURA DE CONTRATO PSS/2016ID:

NOME: _____
RG: _____ DATA DO CONTRATO: ____ / ____ 2016
ESTABELECIMENTO: _____
MUNICÍPIO: _____ DISCIPLINA: _____
CLASSIFICAÇÃO: _____ EDITAL Nº: _____ ETAPA Nº: _____
MUNICÍPIO DA CONVOCAÇÃO NO EDITAL: _____

Documentos para contratação (cópia e original)

- () 1 cópia da carteria de identidade - RG;
- () Comprovante de situação cadastral no CPF;
1 cópia cartão PIS/PASEP ou CTPS contendo o número do PIS, e as páginas de identificação da CTPS
- () (página da foto e verso);
- () Comprovante de abertura de conta-corrente no Banco do Brasil, contendo número da agência e conta - Poderá ser cópia do cartão, do extrato ou do contrato de abertura de conta;
- () 1 cópia do comprovante de endereço atual;
- () 1 cópia do Certificado de Reservista ou de dispensa de incorporação, se do sexo masculino;
- () 1 cópia do Título de Eleitor e comprovante da última votação ou Certidão de Quitação Eleitoral, disponível em www.tre-pr.jus.breleitor/certidoes/quitacao-eleitoral;
- () Atestado de Saúde Ocupacional (ANEXO III), atestando que o candidato possui plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual se inscreveu, emitido por médico registrado no CRM, ou equivalente, nos últimos 90(noventa) dias anteriores à contratação;
- () Declaração de Acúmulo de Cargo - Disponível neste NRE;
- () Declaração de que não foi demitido ou exonerado do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal, nem perdeu o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento, nos termos do ANEXO VI;
- () Certidão Negativa de Antecedentes Criminais da Justica Estadual, emitida por distribuidores ou cartórios criminais ou varas de execução penal do(s) município(s) no(s) qual(is) o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos, expedida nos últimos 90 (noventa) dias anteriores à data da contratação;
- () Certidão Negativa de Antecedentes Criminais da Justiça Federal, ou da Polícia Federal no endereço eletrônico: <http://www.dpf.gov.br>(utilizar um dos seguintes navegadores: Internet Explorer ou Mozilla Firefox). Se a certidão não for emitida por qualquer ocorrência, inclusive pela possibilidade de nomes iguais, o interessado deverá obtê-la diretamente no setor de certidão junto aos distribuidores ou cartórios criminais ou varas de execução penal da(s) região(ões) onde tenha residido/domiciliado nos últimos 5(cinco)anos. A certidão deve ter sido emitida nos últimos 90(noventa) dias anteriores à data da contratação.
- () Certidão Negativa Criminal da Justiça Militar Estadual, no caso de Policial Militar da ativa, desde que não configurado o acúmulo de cargo vedado em lei, e ex-Policial Militar;
- () Cópia dos comprovantes de escolaridade e aperfeiçoamento profissional.

RECEBIDO POR: _____

EM: ____/____/____



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
FICHA CADASTRAL

ANEXAR FOTOCÓPIAS: Carteira de Identidade
Atestado Médico
Doc. Reservista (RA)
CPF e PIS/PASEP
CTPS pag. de ident.
Titulo de Eleitor
Comprovante de Escolaridade
Conta Corrente Banco do Brasil

Campos de Responsabilidade do Documentador

Função/Disciplina																				
Cód./Município																				
Cód./Estabelecimento																				
Classificação																				
Data Início																				

Nome do Funcionário													
RG / Cédula de Identidade								Titulo de Eleitor		Seção		Zona	
Sexo M - F		Data de Nasc. Dia Mês Ano			Grau de Instrução			Estado Civil		Dependentes		Imposto Renda	
Nº Cart. de Trabalho			Série		Nº do CPF				Nº PIS / PASEP				
Raça/Cor				Deficiente Físico				Sim - Não		Casa Própria		Sim - Não	
Doc Reservista (RA)						Agência / Conta Corrente Banco do Brasil							

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Nome da Rua						Número		Complemento			
Bairro ou Distrito				Telefone Res.				Telefone/Cutros			
CEP			Município						Caixa Postal		

INFORMAÇÕES DE DEPENDENTE

Informações sobre o Cônjuge e demais Dependentes (Apresentar cópias RG e Certidões Nascimento ou casamento)

Nome		Data de Nasc. Dia Mês Ano			Relação de Dependente		Sexo M - F	
Nome		Data de Nasc. Dia Mês Ano			Relação de Dependente		Sexo M - F	
Nome		Data de Nasc. Dia Mês Ano			Relação de Dependente		Sexo M - F	
Nome		Data de Nasc. Dia Mês Ano			Relação de Dependente		Sexo M - F	

Responsabilizo-me pela veracidade das informações apresentadas.

Data _____ Assinatura _____

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, goza de plena saúde física e mental e encontra-se:

() APTO para exercer a função de _____.

() INAPTO para exercer a função de _____.

No caso de gestante, informar: A gestante encontra-se na _____ semana de gestação com data prevista para o parto em ____/____/____.

Local: _____

Data: ____/____/____/201__

Médico Examinador
Assinatura e Carimbo/CRM

Para preenchimento do candidato na data de sua contratação

Eu _____ RG _____

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 ____/____/____

Assinatura do candidato



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 [] 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 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

DECLARAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado(a), brasileiro(a), _____ (estado civil), portador(a) de RG n.º _____ SSP/___ e CPF n.º _____, em atendimento ao item 11.1, 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, 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: _____

RG: _____