**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO EM CARGO COMISSIONADO**

 **Documentos (apresentar original e cópia ou cópia autenticada em cartório)**

* 1 foto 3x4 recente;
* RG, CPF, Título de Eleitor, CNH (se houver) - cópia simples e original;
* Termo de Posse, Carteira de Identidade Militar/Funcional, Ato concessório de reserva (se Policial da reserva) – apenas para o cargo de Superintendente da Assessoria Policial;
* Pis/ Pasep/Nit ou declaração que não possui;
* Comprovante de endereço emitido nos últimos 90 dias – cópia simples e original;
* Comprovante de escolaridade – cópia simples e original;
* Comprovante de conta corrente no Banco do Brasil - se não tiver conta bancária, o RH posteriormente fornecerá uma carta para a abertura de uma conta salário;
* Certificado de reservista/dispensa para homens entre 18 e 45 anos – cópia simples;
* Certidão de nascimento, casamento ou casamento com averbação, se separado (a) ou divorciado (a); – cópia simples e original;
* Carteira do conselho profissional quando for requisito para investidura no cargo – cópia simples e original;
* RG e CPF do cônjuge – cópia simples;
* Certidão de nascimento e CPF dos filhos dependentes – cópia simples;
* Exame admissional fornecido pelo médico do trabalho (a nota fiscal deve ser emitida em nome da pessoa que realizou o exame, ou seja, no CPF do candidato à vaga).

**Declarações:**

* Ficha Admissional – Preencher modelo Anexo I;
* Declaração de bens ou Cópia da Declaração de Bens e Rendimentos apresentada à Receita Federal relativa ao último exercício fiscal, com recibo de entrega;
* Declaração que não possui cargo público – Preencher modelo Anexo II;
* Declaração de grau de parentesco – Preencher modelo anexo III, conforme o caso;
* Requerimento de salário família para aqueles com filhos menores de 14 anos – Anexo IV;
* Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais – Anexo VII;

**Certidões:**

* Certidão Negativa de Débitos Tribunal de Contas/RO - https://tcero.tc.br/certidao-negativa-e-positiva-tce/;
* Certidão de Quitação Eleitoral - https://www.tre-ro.jus.br/#/
* Certidão Negativa de Tributos Municipais - https://tributos.cacoal.ro.gov.br/portal-contribuinte/emissao-certidoes
* Certidão de Ações Judiciais cível e criminal para atendimento à Resolução 156/2012 do CNJ (1° e 2º Grau) https://www.tjro.jus.br/certidao-unificada/certidaoPublicaEmitir?ehCertidaoMilitancia=0

**Formulários e Declarações Complementares (a serem apresentadas apenas por servidores cedidos de outro órgão ou entidade):**

* Ato de cessão assinado e respectiva publicação em Diário Oficial; Declaração de opção de recebimento de auxílio saúde (anexo V); Formulário de informações funcionais do servidor cedido (Anexo VI).

Anexo I

**FICHA ADMISSIONAL**

|  |
| --- |
| DADOS CADASTRAIS  |
| Nome: |
| Nome Social:  |
| Possui conta corrente no Banco do Brasil:  | [ ] Sim | [ ] Não |
| Cor/raça | [ ] Indígena | [ ] Branca | [ ] Preta | [ ] Amarela | [ ] Parda |
| Estado civil:  | [ ] Solteiro | [ ] Casado | [ ] Divorciado | [ ] Viúvo | [ ] União Estável |
| E-mail:  | Contato:  |
| Primeiro emprego:  | [ ] Sim | [ ] Não | Tipo sanguíneo (Opcional):  |
| Escolaridade:  |
| Deficiência:  | [ ] Não | [ ] Sim. Qual?  |
| Contato de emergência: | Nome do contato: |

|  |
| --- |
| DEPENDENTE 1 |
| Nome:  |
| CPF:  | Data de nascimento:  |
| Tipo de dependente/Parentesco:  |
| É estudante: | [ ] Sim. Escolaridade:  | [ ] Não |
| Possui deficiência:  | [ ] Sim. Qual?  | [ ] Não |
| Dependente para imposto de renda:  | [ ] Sim | [ ] Não |

|  |
| --- |
| DEPENDENTE 2 |
| Nome:  |
| CPF:  | Data de nascimento:  |
| Tipo de dependente/Parentesco:  |
| É estudante: | [ ] Sim. Escolaridade:  | [ ] Não |
| Possui deficiência:  | [ ] Sim. Qual?  | [ ] Não |
| Dependente para imposto de renda:  | [ ] Sim | [ ] Não |

|  |
| --- |
| DEPENDENTE 3 |
| Nome:  |
| CPF:  | Data de nascimento:  |
| Tipo de dependente/Parentesco:  |
| É estudante: | [ ] Sim. Escolaridade:  | [ ] Não |
| Possui deficiência:  | [ ] Sim. Qual?  | [ ] Não |
| Dependente para imposto de renda:  | [ ] Sim | [ ] Não |

|  |
| --- |
| Dependente 4 |
| Nome:  |
| CPF:  | Data de nascimento:  |
| Tipo de dependente:  |
| É estudante: | [ ] Sim. Escolaridade:  | [ ] Não |
| Possui deficiência:  | [ ] Sim. Qual?  | [ ] Não |
| Dependente para imposto de renda:  | [ ] Sim | [ ] Não |

**ORIENTAÇÕES:**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FINS DE ABATIMENTO MENSAL DO IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE, DE ACORDO COM O TIPO DE DEPENDENTE (apresentar cópia simples e documento original para autenticação administrativa ou cópia autenticada em cartório)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1: Cônjuge: CC, CPF2: Companheiro(a): CI ou CN, CPF3: Filho ou enteado: CN, CPF4: Filho ou enteado com incapacidade física ou mental: CN, CPF e LM5: Pais, avós, bisavós que recebem rendimentos tributáveis ou não até o limite do teto para isenção do IR: CC ou CI e CPF6: Irmão, neto, bisneto sem arrimo dos pais, do qual o servidor detém a guarda judicial, até completar 22 anos ou em qualquer idade quandoincapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho: CN, CPF, TG e LM7: Menor pobre que o servidor crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial, até o mês em que completar 22 anos: CN, CPF e TG8: Pessoa incapaz da qual o servidor seja tutor ou curador: CI ou CN, CPF e TG ou TC | **LEGENDA:**CC: Certidão de CasamentoCPF: Cadastro de Pessoa FísicaCI: Carteira de IdentidadeCN: Certidão de NascimentoCM: Comprovante de Matrícula em instituição reconhecida pelo MECLM: Laudo Médico atestando a incapacidadeTG: Termo de GuardaTC: Termo de Curatela |

**OBSERVAÇÕES:**

1. Os dependentes comuns para dedução no imposto de renda poderão, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges, sendo proibida a respectiva dedução de forma concomitante, referente a um mesmo dependente;
2. Filhos de pais separados judicialmente, só poderão ser considerados dependentes daquele que detém a guarda judicial;
3. A atualização referente à inclusão ou exclusão de dependente para abatimento mensal do imposto de renda retido na fonte é de responsabilidade do servidor, sendo necessário apresentação de requerimento ao setor de recursos humanos;

Declaro estar ciente das orientações acima e assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas, comprometendo-me de comunicar ao Recursos Humanos, qualquer alteração referente às informações prestadas nesta declaração e apresentar a documentação comprobatória.

Cacoal, em \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Efetuar a qualificação cadastral do servidor no site http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml

Anexo II

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM ÓRGÃO PÚBLICO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do

RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**declaro** para os devidos fins que:

[ ] **POSSUO\***

[ ] **NÃO POSSUO**

vínculo, direta ou indiretamente, seja como servidor ou estagiário, com outro órgão da Administração Pública MUNICIPAL, ESTADUAL ou FEDERAL.

\* Caso possua vínculo, apresentar comprovante de Compatibilidade de Cargos (Declaração do órgão informando admissão, cargo, lotação, turno e carga horária);

Art. 299 (Código Penal) - 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, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

Anexo III

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE NEPOTISMO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(estado civil), RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, ocupante do cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de natureza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, sob as penas da lei, NÃO possuir cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau inclusive, com agentes políticos, servidor(a) investido(a) em cargo de direção, chefia, de assessoramento, para exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda função gratificada, e com servidor(a) cedido ou colocado à disposição, no âmbito do Poder Legislativo e Executivo Municipal direto ou indireto.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

\*Código Civil:

Art. 1.591. São parentes em linha reta as pessoas que estão umas para com as outras na relação de ascendentes e descendentes.

Art. 1.592. São parentes em linha colateral ou transversal, até o quarto grau, as pessoas provenientes de um só tronco, sem

descenderem uma da outra.

Art. 1.593. O parentesco é natural ou civil, conforme resulte de consangüinidade ou outra origem.

Art. 1.594. Contam-se, na linha reta, os graus de parentesco pelo número de gerações, e, na colateral, também pelo número delas,

subindo de um dos parentes até ao ascendente comum, e descendo até encontrar o outro parente.

Art. 1.595. Cada cônjuge ou companheiro é aliado aos parentes do outro pelo vínculo da afinidade.

§ 1º O parentesco por afinidade limita-se aos ascendentes, aos descendentes e aos irmãos do cônjuge ou companheiro.

§ 2º Na linha reta, a afinidade não se extingue com a dissolução do casamento ou da união estável

Anexo III

**DECLARAÇÃO DE PARENTESCO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(estado civil), RG n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente à Rua/Avenida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, ocupante do cargo/função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de natureza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, sob as penas da lei, POSSUIR cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com agentes políticos, servidor(a) investido(a) em cargo de direção, chefia ou de assessoramento, para exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda função gratificada e/ou servidor(a) cedido ou colocado à disposição no âmbito do Poder Legislativo e/ou Executivo Municipal direto ou indireto, abaixo relacionado:

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natureza do vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natureza do vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natureza do vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natureza do vínculo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Local Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante

Anexo IV

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CONCESSÃO DO SALÁRIO FAMÍLIA**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
| **Cargo:** |
| **CPF:** |

**Documentações necessárias para requerer o salário-família:**

Comprovação de frequência escolar dos dependentes de 4 a 14 anos de idade;

Caderneta de vacinação ou equivalente dos dependentes de até 6 anos de idade;

Certidão de nascimento de cada dependente e CPF;

**Requisitos para requerer salário-família:**

Necessário ter salário de contribuição ao INSS de até R$ 1.819,26 por mês (PORTARIA INTERMINISTERIAL MPS/MF Nº 2 DE 11/01/2024);

O servidor que possui 2 (dois) ou mais empregos, a soma da remuneração total de ambas as atividades não poderá ultrapassar R$ 1.819,26;

Filho ou equiparado com menos de 14 anos;

Dependente maior de 14 anos, precisa de comprovação de invalidez, confirmada pela perícia Médica do INSS;

Em situações de divórcio o benefício será pago para quem estiver com a guarda do filho (art. 363, § 1º da IN 128/22);

**Requisito para manutenção do Benefício:**

**Maio e novembro de cada ano:** apresentar comprovante de frequência à escola de seus dependentes cadastrados no salário família de 04 a 14 anos de idade;

**Novembro de cada ano**: apresentarcaderneta de vacinação, para dependentes até 06 anos de idade.

**Estando ciente dos requisitos para concessão e manutenção do benefício, declaro fazer jus à percepção do salário família, o requerendo em razão do(s) seguinte(s) dependente(s):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do dependente** | **Data de nascimento**  | **CFF** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família:

* ÓBITO DE FILHO;
* CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
* SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder);

Estou ciente dos requisitos para concessão e manutenção do salário família, responsabilizando-me pela veracidade das informações prestadas, bem como da atualização delas conforme os prazos estipulados.

Declaro ainda estar ciente que diante da omissão, retenção ou inexatidão das informações, responderei civil, penal e administrativamente, sendo aplicadas as sanções previstas na legislação em vigor.

Cacoal, em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor

Anexo V

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE RECEBIMENTO DE AUXÍLIO-SAÚDE**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
| **Cargo:** |
| **CPF:** |

Exerce cargo ou função em outro órgão ou empresa pública? [ ]  Sim [ ]  Não

Em caso de sim, qual o nome do órgão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebe benefício do auxílio-saúde em outro órgão público? [ ]  Sim [ ]  Não

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO**

Declaro estar ciente de que farei jus à percepção de um único auxílio-saúde, conforme o disposto no artigo 4, da Lei 4.429/PMC/2020, e do compromisso de atualizar as informações sempre que a situação se modificar.

|  |  |
| --- | --- |
| a) |  [ ]  Opto em receber o Auxílio Saúde pela Câmara Municipal de Cacoal, por não perceber benefício similar em outro órgão público, tais como quaisquer formas de auxílio, plano ou benefício à saúde custeado pelos cofres públicos **(anexar declaração de não recebimento de auxílio do órgão de origem).** |
| b) |  [ ] Opto em receber o Auxílio Saúde pela Câmara Municipal de Cacoal, deixando, assim, de perceber esse benefício no outro órgão que atuo **(anexar declaração de não recebimento de auxílio do órgão de origem, com data final do recebimento).** |
| c) |  [ ] Opto em continuar recebendo o Auxílio Saúde em outro órgão, e não pela Câmara Municipal de Cacoal. Nome do órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Cacoal, em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do servidor

Anexo VI

**INFORMAÇÕES FUNCIONAIS DO SERVIDOR CEDIDO**

(Os dados deverão ser preenchidos pela unidade de pessoal do órgão de origem)

|  |
| --- |
| Nome do Servidor: |
| Matrícula no órgão de origem:  | Data de admissão: |
| Cargo no órgão de origem:  |
| Categoria e-social:  |
| Ônus: (Conforme previsto no ato autorizador da cessão) [ ]  Cedente  [ ]  Cessionário (Câmara Municipal de Cacoal) |
| **Informação do Órgão de Origem e Instituto Previdenciário**  |
| Nome do Órgão de origem:  |
| CNPJ: |
| Endereço:  |
| Contato da unidade de pessoal: |
| E-mail institucional da unidade de pessoal:  |
| Regime Jurídico: [ ]  Estatutário [ ]  CLT |
| Tipo de Previdência na origem: [ ]  Regime Geral da Previdência Social (RGPS) [ ]  Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) |
| Preencher somente se o cedido estiver vinculado a Regime Próprio de Previdência do órgão de origem.Nome do Instituto de Previdência de origem:  |
| CNPJ: |
| Endereço: |
| E-mail: |
| Contato:  |

Cidade, \_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do servidor do servidor responsável pelo preenchimento /Carimbo

Anexo VII

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD**

Por meio do presente instrumento, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a CÂMARA MUNICIPAL DE CACOAL, aqui denominada como CONTROLADORA, inscrita no CNPJ sob n° 637894320001-43 em razão do contrato de trabalho, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7° e 11 da Lei n° 13.709/2018, conforme disposto neste termo:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

**Dados Pessoais**

O Titular autoriza a Controladora a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os seguintes dados pessoais, para os fins que serão relacionados na cláusula segunda:

* nome completo;
* data de nascimento;
* número e imagem da carteira de identidade (RG);
* número e imagem do cadastro de pessoas físicas (CPF);
* número e imagem do título de eleitor;
* número e imagem do certificado de reservista;
* número e imagem da carteira nacional de habilitação (CNH);
* número e imagem do programa de integração social (PIS);
* número e imagem da CTPS física e/ou digital;
* número e imagem da carteira profissional/funcional;
* fotografia 3×4;
* imagem da certidão de casamento ou declaração de união estável;
* imagem do diploma de escolaridade;
* nome dos genitores;
* tipo sanguíneo e fator rh;
* etnia/raça;
* endereço completo;
* números de telefone, whatsapp e endereços de e-mail;
* nome dos filhos, inclusive as datas de nascimento e inscrição no CPF;
* dados bancários, como banco, agência e número de contas correntes;
* comunicação, verbal e escrita, mantida entre o titular e o controlador;
* imagem de certidões expedidas por órgãos públicos, exigidas para nomeação;
* imagem de declarações assinadas exigidas para nomeação;
* exames e atestados médicos, especialmente admissionais, periódicos, acidente ou parto, de mudança de função, e ainda aqueles que atestem doença ou acidente;
* situações conjugais que possam ter reflexos nas relações de trabalho, como pagamento de pensão alimentícia e inclusão de dependente para fins de IRRF e salário família.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**Finalidade do Tratamento dos Dados**

O Titular autoriza que a Controladora utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo para as seguintes finalidades:

* Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular, em razão do vínculo empregatício;
* Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente trabalhista e previdenciária;
* Para procedimentos de admissão e execução do vínculo de trabalho, inclusive após exoneração;
* Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
* Possibilitar que o empregador possa utilizar os dados para emissão de recibos de pagamento de salários, férias e décimo - terceiro salário;
* A pedido do titular dos dados;
* Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
* Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;
* Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
* Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;
* Permitir que a Controladora utilize esses dados para a contratação de serviços em instituições financeiras e planos de saúde, desde que o Titular demonstre interesse em contratá-los;
* Possibilitar que o empregador possa utilizar os dados para compartilhamento com sindicato ou associação de servidores;

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6° do artigo 8° e § 2° do artigo 9° da Lei n° 13.709/2018).

Parágrafo Segundo: Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, conforme previsto na cláusula sexta.

**CLÁUSULA TERCEIRA**

**Compartilhamento de Dados**

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

**CLÁUSULA QUARTA**

**Responsabilidade pela Segurança dos Dados**

A Controladora se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei n° 13.709/2020.

**CLÁUSULA QUINTA**

**Término do Tratamento dos Dados**

À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e ainda após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei n° 13.709/2018.

**CLÁUSULA SEXTA**

**Direito de Revogação do Consentimento**

* O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8°, § 5°, da Lei n° 13.709/2020.
* O Titular fica ciente de que a Controladora poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades:
* Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação trabalhista e previdenciária, incluindo o disposto em Acordo ou Convenção Coletiva da categoria da Controladora;
* Para procedimentos de admissão e execução do contrato de trabalho, inclusive após seu término;
* Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
* Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
* Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;
* Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
* Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

**CLÁUSULA SÉTIMA**

**Tempo de Permanência dos Dados Recolhidos**

O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos trabalhistas, previdenciários, bem como os relacionados à segurança e saúde no trabalho, **mesmo após o encerramento do vínculo empregatício.**

Assinatura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do empregado (Titular)