

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
brasileiro (a), estado civil _____, Agente Comunitário de Saúde -
_____, inscrito(a) no RG
nº _____, declaro para os devidos fins que tenho
domicílio à _____,
Bairro _____ no município de _____, atendendo
a exigência contida no Edital nº 23/2024 e no Art. 2º, da Lei nº 7.115/83 que determina
que o Agente Comunitário de Saúde, resida na área que pretende atuar.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para efeitos
legais, sujeitando-me as penas do Art. 2º, da Lei nº 7.115/83, *in verbis*:

***Art.º - Se comprovadamente falsa a
declaração, sujeitar-se-á o declarante às
sanções civis, administrativas e criminais
previstas na legislação aplicável.***

Umuarama, _____ de _____ de _____.

(assinatura)

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES – REFERÊNCIA – 2024

(somente para quem não declara Imposto de Renda – IR)

RG:	NOME:	C.P.F:	
DADOS DOS BENS E VALORES			
ÍTEM	CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
TOTAL			

DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, autorizando a Administração a proceder, por meio eletrônico, à guarda das informações constantes neste formulário, bem como das informações anuais posteriores que atualizarão a presente, guardado o sigilo destas.

EM / / _____

CÓDIGO DE BENS

IMOVEIS

- 01 – Prédio residencial
- 02 – Prédio comercial
- 03 – Galpão
- 11 – Apartamento
- 12 – Casa
- 13 – Terreno
- 14 – Terra nua
- 15 – Sala ou conjunto
- 16 – Construção
- 17 – Benfeitorias
- 18 – Loja
- 19 – Outros

BENS E MÓVEIS

- 21 – Veículos automotor terrestre: caminhão, automóvel e motocicleta
- 22 – Aeronave
- 23 – Embarcação
- 24 – Bem relacionado com o exercício da atividade autônoma
- 25 – Jóia, quadro, objeto de arte de coleção, antiguidade, etc.
- 26 – Linha telefônica
- 27 – Outros

PARTICIPAÇÃO SOCIETÁRIAS

- 31 – Ações (Inclusive a provenientes de linha telefônica)
- 32 – Quotas ou quinhões de capital
- 39 – Outros

APLICAÇÃO E INVESTIMENTO

- 41 – Caderneta de poupança
- 45 – Aplicação de renda fixa (CDB, RDB e outros)
- 46 – Ouro, ativo financeiro
- 47 – Mercados futuros, de opções e a termo
- 49 Outros

CRÉDITO E POUPANÇA VINCULADOS

- 51 – Crédito decorrente de empréstimo
- 52 – Crédito decorrente de alienação
- 53 – Plano PAIT e caderneta de pecúlio
- 54 – Poupança para construção ou aquisição de bem imóvel
- 59 - Outros

DEPÓSITOS À VISTA E NUMERÁRIO

- 61 – Depósito bancário em conta corrente no País
- 62 – Depósito bancário em conta corrente no exterior
- 63 – Dinheiro em espécie – moeda estrangeira
- 64 – Dinheiro em espécie – moeda estrangeira
- 69 – Outros

FUNDOS

- 71 – Fundo de investimento financeiro - FIF
- 72 – Fundo de aplicação em quotas de fundos de investimento
- 73 – Fundo de capitalização
 - 74 – Fundo de ações, inclusive carteira livre e fundo de investimento no exterior
- 79 - Outros

OUTROS BENS E DIREITOS

- 91 – Licença e concessão especiais
- 92 – Título de clube e assemelhado
- 93 – Direito do autor, de inventor e de patente
- 94 – Direito de lavra e assemelhado
- 95 – Consórcio não contemplado
- 96 - Leasing
- 99 - Outros

CODIGO DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

- 11 – Companheiro (a) ou conjugue
- 21 – Filho (a) ou enteado (a)
- 24 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a)
- 31 – Pais, avós e bisavós
- 99 – Outros



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA

ESTADO DO PARANÁ

Nome do Declarante:

Cargo:

Nº ORDEM	NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA (*)	DATA DE NASCIMENTO	S.F. (**)	I.R. (**)

(*) Relação de dependência: Cônjuge, Filho, Pai, Mãe, Menor sob guarda, etc... (**) Salário Família / Imposto de Renda

()	<p>DECLARO, sob penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA quaisquer responsabilidades perante a fiscalização da Secretaria da Receita Federal (SRF). Ciente da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro, sob as penas da Lei, que as informações são verdadeiras.</p>
()	<p>DECLARO sob às penas da Lei, para fins de configuração de dependência econômica, que os meus dependentes acima relacionados não percebem rendimentos de trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou proventos de aposentadoria, em valor igual ou superior ao salário mínimo. DECLARO ainda, que me comprometo a comunicar ao Município, na Divisão de Recursos Humanos, caso algum dos dependentes econômico venha a perceber posteriormente, alguma remuneração de qualquer fonte pagadora. E, por ser verdade firmo a presente declaração, sujeitando-me às penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.</p>

OBSERVAÇÕES:

- 1 – É da responsabilidade do servidor e/ou declarante, sempre que houver alteração da situação de dependência, informar a ocorrência à Diretoria de Pagamento de Pessoal.
- 2 – Cada vez que a situação for informada, todos os dependentes devem ser relacionados, incluindo-se os novos e excluindo-se aqueles que deixarem de ter essa condição, de acordo com as normas legais.

Local e Data

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMUARAMA

ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO OU ACÚMULO LÍCITO DE CARGOS PÚBLICOS OU PROVENTOS

Eu _____, brasileiro(a), (estado civil) _____, residente e domiciliado (a) à (Rua/Av.) _____, (bairro) _____ em (cidade) _____ - Paraná, portador (a) da Cédula de Identidade nº _____, declaro para fins de investidura no cargo de _____ cujo a jornada de trabalho é de ____:____ horas semanais que:

1. Exerço outro cargo, função ou emprego público remunerado. SIM NÃO

(Se sim, quando de acúmulo lícito)

Exerço o cargo, função ou emprego público de _____ junto ao órgão do (a) _____, no horário das ____:____ às ____:____, com carga horária semanal de ____:____ horas, percebendo remuneração bruta no valor de R\$ _____.

(Se sim, quando de acúmulo NÃO lícito)

Exerço o cargo, função ou emprego público de _____ junto ao órgão do (a) _____, no qual me comprometo a estar exonerado até a data de exercício do novo cargo.

2. Já fui demitido(a) do serviço público em período inferior a (5) cinco anos. SIM NÃO

3. Recebo proventos decorrentes de aposentadoria de cargo, função ou emprego público. SIM NÃO

Declaro, ainda, estar ciente da proibição de acumulação remunerada de cargos públicos, em conformidade ao disposto no artigo 37, inciso XVI e XVII e § 10º da Constituição Federal, bem como das implicações criminais por falsa declaração, conforme o artigo 299 do Código Penal.

Comprometo-me, também, a comunicar de imediato a Diretoria de Recursos Humanos, qualquer alteração na situação acima que não atenda aos dispositivos legais.

Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente.

Umuarama ____/____/____

Assinatura do Declarante

DADOS PARA ADMISSÃO

NOME: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO(escolaridade): _____ CURSO: _____

COR: 1 –() Indígena 2 –() Branca 3 –() Preta 4 –() Amarela 5 –() Parda

CABELO: 1 –() Castanho 2 –() Castanho Claro 3 –() Louro 4 –() Ruivo 5 –() Preto

OLHOS: 1 –() Castanho 2 –() Castanho Claro 3 –() Azul 4 –() Verde 5 –() Preto

PESO: _____ ALTURA: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____

EMAIL: _____

JÁ FOI SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE UMUARAMA:

() SIM () NÃO

SE SIM, PERÍODO E CARGO: _____

É ESPOSO(A) DE SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL:

() SIM () NÃO SE SIM JÁ RECEBE ABONO FAMÍLIA () SIM () NÃO