**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO DE SERVIDORES PARA CARGOS EM COMISSÃO:**

1. Qualificação Cadastral **(**<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>).
2. 1 foto 3x4 atualizada.
3. 1 Cópias do RG – Carteira de Identidade – **não pode ser habilitação.**
4. 1 Cópias do CPF (caso na carteira de identidade não conste o número de CPF).
5. Situação Cadastral do CPF (consultar no site**:** <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>).
6. 1 Cópias do Comprovante de Residência – **em nome do candidato, pai ou mãe, se do cônjuge, anexar a certidão de casamento (2 cópias) ou declaração de residência autenticada em cartório (2 cópias) ou as originais e as cópias.**
7. Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento ou escritura pública de união estável ou documento similar emitido por autoridade de registro civil **e RG e** **CPF do(a) companheiro (a)**
8. Cópia do Certificado de Reservista ou equivalente (para candidatos do sexo masculino até 45 anos)
9. Cópia do Título de Eleitor
10. 1 Cópia da Carteira Profissional frente e verso, constando: Número, Série, U.F. e Data de Expedição
11. 1 Cópia do Número de PIS/PASEP
12. 1 Cópia do Conselho de Registro Profissional (se o cargo exigir)
13. 1 Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se o cargo exigir)
14. DIPLOMA ou HISTÓRICO ESCOLAR comprovando o nível de escolaridade e a especialidade exigida para o cargo **cópia e original para autenticação.**
15. Questionário Pré Admissional masculino ou feminino (Anexos I e II, respectivamente);
16. Declaração Anexo III;
17. Apresentar declaração de bens, conforme legislação vigente (Anexo VIII) ou última declaração de Imposto de Renda;
18. Declaração negativa de acumulação de cargo público ou de condição de acumulação amparada pela Constituição (Anexo V)
19. Declaração de não ter sofrido, no exercício de função pública, as penalidades previstas no artigo 137 da Lei 6.745/85 e o Parágrafo Único da Lei Federal nº 8.112/90 e as correspondentes, constantes da Legislação do Estado e dos Municípios (Anexo IV)
20. 1 Cópia do Ato de Exoneração do Cargo que exercia, se Funcionário Público.
21. Certidões Negativas de Antecedentes Criminais e da justiça eleitoral:

a) da Justiça Federal (www.trf4.jus.br) certidão cível, criminal, eleitoral 1º grau e eleitoral 2º grau

b) da Justiça Estadual (no Fórum de sua Cidade ou pelo site: www.tjsc.jus.br) - criminal

c) da Justiça Eleitoral (www.tse.gov.br) certidão de quitação e de crimes eleitorais.

1. Declaração de nepotismo (Anexo VI)
2. Declaração de adequação a Lei nº 3602/2021 (Anexo VII).

**Se possuir filhos/dependentes** (a não apresentação da documentação relativa aos filhos não será impeditivo para a admissão, porém poderá causar transtornos posteriores, como por exemplo, problemas na declaração de dependentes para fins de Imposto de Renda, problemas posteriores em relação ao e-Social etc.):

1. Certidão de Nascimento dos dependentes, ou RG (caso não o traga, proceder-se-á a investidura normalmente, porém não constará dos dados para outros fins, como por exemplo, abatimento de IR)
2. **CPF** dos dependentes**.**
3. 1 Cópia de Comprovante de Escolaridade para filhos maiores de 07 (sete) anos
4. 1 Cópia da Carteira de Vacinação para filhos menores de 7(sete) anos
5. Para dependentes de Imposto de Renda com idade superior a 17 (dezessete) anos, deverá anexar aos documentos necessários a admissão cópia da Certidão de Nascimento e do CPF do dependente
6. Se possuir filhos menores de 18 anos: RG ou Certidão de Nascimento
7. Se possuir filhos entre 18 e 21 anos: RG e CPF
8. Se possuir filhos com algum tipo de deficiência incapacitante permanente: Laudo médico e documentação do dependente RG e CPF
9. Se possui filhos dependentes em situação de guarda, tutela ou curatela: termo correspondente e documentação do dependente RG e CPF

**Após a entrega dos documentos:**

Apresentar laudo médico de aptidão física e mental para o exercício das atribuições do cargo expedido pelos médicos do trabalho oficiais do município. **A data do exame será agendada no ato da entrega de documentos.**

**ANEXO I**

**NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA DE NASCIMENTO\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**END\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAIRRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CARGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SECRETARIA DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EFETIVO ( ) ACT ( X ) COMISSIONADO ( )**

**QUESTIONARIO PRÉ ADMISSIONAL MASCULINO**

01 – Fumante ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex fumante

02 – Pratica algum tipo de atividade física ? qual (is)? ( ) Sim ( ) Não

03 - Já fez alguma cirurgia ? qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

04 - Já sofreu algum tipo de fratura ? Em que parte do corpo? ( ) Sim ( ) Não

05- Já teve algum acidente de trabalho importante? ( ) Sim ( ) Não

06 – Tem filhos ?Quantos? ( )

07 – Tem problema de saúde na família , tipo: diabetes , hipertensão , cardiopatias , câncer ou AVC? Qual parentesco ?

( ) Sim ( ) Não

08 – Já teve alguma doença grave? Qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

09 – Algum sintoma como dor de cabeça , tontura , desmaio ? Se sim , qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

10 – Algum problema de visão ? ( ) Sim ( ) Não

11 – Algum problema no ouvido, como: dor , zumbido ou chiado ? ( ) Sim ( ) Não

12 – Alguma dor na garganta, como : falta de voz ou rouquidão ? ( ) Sim ( ) Não

13 – Algum problema pulmonar como : falta de ar, asma ou bronquite? ( ) Sim ( ) Não

14 – Sente dor no peito , como : palpitação? ( ) Sim ( ) Não

15 – Sente algum tipo de dor no estomago como : azia ,queimação ou quando se alimente sente alguma dor? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

16 – Tem ou já teve algum distúrbio psiquiátrico ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

17 – Apresente algum problema de saúde aqui não especificado ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

18 – Toma algum tipo de medicação continua ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

19 – Como esta sua alimentação ? Adequada ( ) Não adequada ( )

20 – Como esta seu sono ? De boa qualidade ( ) Sem qualidade ( )

Afirmo que todas as informações prestadas são verdadeiras, sabendo que informações erradas, simulações serão enquadradas e puníveis de acordo com os critérios legais ***ART. 301 e 304 do CÓDICO PENAL.***

**Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**ANEXO II**

**NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA DE NASCIMENTO\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**END\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAIRRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CARGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SECRETARIA DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EFETIVO ( ) ACT ( X ) COMISSIONADO ( )**

**QUESTIONARIO PRÉ ADMISSIONAL FEMININO**

01 – Fumante ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex fumante

02 – Pratica algum tipo de atividade física ? qual (is)? ( ) Sim ( ) Não

03 - Já fez alguma cirurgia ? qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

04 - Já sofreu algum tipo de fratura ? Em que parte do corpo? ( ) Sim ( ) Não

05- Já teve algum acidente de trabalho importante? ( ) Sim ( ) Não

06 – Tem filhos ?Quantos? ( )

07 – Tem problema de saúde na família , tipo: diabetes , hipertensão , cardiopatias , câncer ou AVC? Qual parentesco ?

( ) Sim ( ) Não

08 – Já teve alguma doença grave? Qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

09 – Algum sintoma como dor de cabeça , tontura , desmaio ? Se sim , qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não

10 – Algum problema de visão ? ( ) Sim ( ) Não

11 – Algum problema no ouvido, como: dor , zumbido ou chiado ? ( ) Sim ( ) Não

12 – Alguma dor na garganta, como : falta de voz ou rouquidão ? ( ) Sim ( ) Não

13 – Algum problema pulmonar como : falta de ar, asma ou bronquite? ( ) Sim ( ) Não

14 – Sente dor no peito , como : palpitação? ( ) Sim ( ) Não

15 – Sente algum tipo de dor no estomago como : azia ,queimação ou quando se alimente sente alguma dor? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

16 – Tem ou já teve algum distúrbio psiquiátrico ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

17 – Apresente algum problema de saúde aqui não especificado ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

18 – Toma algum tipo de medicação continua ? Se sim qual?

( ) Sim ( ) Não

19 – Como esta sua alimentação ? Adequada ( ) Não adequada ( )

20 – Como esta seu sono ? De boa qualidade ( ) Sem qualidade ( )

Afirmo que todas as informações prestadas são verdadeiras, sabendo que informações erradas, simulações serão enquadradas e puníveis de acordo com os critérios legais ***ART. 301 e 304 do CÓDICO PENAL.***

**Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) ADMITIDO (A):**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **Secretaria Municipal de** |

Já trabalhou com carteira assinada?

**( )SIM ( ) NÃO**

Se nunca teve carteira assinada, e seja o seu primeiro emprego, informar se tem:

**( ) PIS ou ( ) PASEP ( ) NÃO TEM**

Tem dependente para Imposto de Renda?

**( )SIM ( ) NÃO**

Se sim, quais os respectivos nomes dos dependentes?

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

E-mail do funcionário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número do telefone do funcionário:

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

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Navegantes, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura do declarante

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PÚBLICA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro,** junto à Prefeitura Municipal de Navegantes, não ter sofrido, no exercício da função pública, as penalidades previstas no art. 137, da Lei nº. 8.112/90, das quais tenho pleno conhecimento.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Navegantes, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura do declarante

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que não estou em disponibilidade, em gozo de aposentadoria, em licença para tratar de interesse particular ou suspensão contratual, nem ocupo nenhum outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle direto ou indireto, quer no âmbito federal, estadual ou municipal.

Navegantes, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura do declarante

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) servidor(a) efetivo(a) em exercício no cargo de provimento em comissão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) servidor(a) efetivo(a) em exercício de função gratificada de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) ocupante do cargo de provimento em comissão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) agente político na função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECLARO, para os fins do disposto na Súmula Vinculante nº 13, editada pelo Supremo Tribunal Federal,

( ) NÃO POSSUIR cônjuge, companheiro ou parentes que sejam agentes políticos ou exerçam cargo comissionado ou função gratificada na Administração Pública Direta ou Indireta do Poder Executivo e do Poder Legislativo Municipais.

( ) POSSUIR cônjuge, companheiro ou parentes que sejam agentes políticos ou exerçam cargo comissionado ou função gratificada na Administração Pública Direta ou Indireta do Poder Executivo e do Poder Legislativo Municipais.

Informações complementares:

Preencher o nome do cônjuge, companheiro ou parente, o grau de parentesco, o cargo e o local onde trabalha – lotação.

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

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por ser verdade, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando ciente de que a declaração falsa está sujeita às penalidades previstas em lei.

Navegantes, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura do Servidor(a)

**ANEXO VII**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ocupante do cargo de provimento em comissão de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou ( ) agente político na função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO QUE**, para os fins de adequação a Lei nº 3602/2021:

( ) **NÃO POSSUO** nenhuma condenação pela Lei Federal nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 – Lei Maria Da Penha e Lei 13.104 de 09 de março de 2015 – Lei do Feminicidio.

( ) **POSSUO** condenação pela Lei Federal nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 – Lei Maria Da Penha e Lei 13.104 de 09 de março de 2015 – Lei do Feminicidio.

Por ser verdade, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando ciente de que a declaração falsa está sujeita às penalidades previstas em lei.

Navegantes, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura do servidor (a)

**ANEXO VIII**

**Declaração de Bens, Direitos, Valores, com Indicação das Fontes de Renda**

**Conforme Resolução TC-10/94**

Cod:

1.2

3.4

Valor R$

Data

Aquisição (AQ)

Alienação (AL)

Especificação

Atesto para os devidos fins, que os dados constantes da presente declaração são a expressão da verdade.

Navegantes, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

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

Assinatura do Declarante

Nome:

**1. Identificação do Declarante**

Data da Posse: Data Exoneração:

Cargo/Função:

Órgão de Lotação: SECRETARIA MUNICIPAL DE

Período

Cargo

**2. Fontes de Renda**

Denominação

Prefeitura Municipal de Navegantes

83.102.855/0001-50

CGC/CPF

**3. Relação de Bens, Direitos e Valores**

**0**

**4. Cargos, Funções, ou Cargos Efetivos Ocupados nos Últimos 2 (Dois) anos**

Entidade