

DISTRITO

CIDADE

PAÍS

DOCUMENTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nº

 --

DATA EMISSÃO

 /

 /

PAÍS

ESTADO EMISSOR

ÓRGÃO EMISSOR

PIS/PASEP

Nº INSCRIÇÃO

 --

DATA INCLUSÃO

 /

 /

BANCO

TÍTULO ELEITORAL

Nº TÍTULO

 --

ZONA

SEÇÃO

DATA EMISSÃO

 /

 /

PAÍS

ESTADO

HISTÓRICO CNH

DATA EMISSÃO

 /

 /

Nº CNH

TIPO CNH

VENCIMENTO

 /

 /

CPF

Nº

 --

CARTEIRA DE TRABALHO

EMISSÃO

 /

 /

Nº CTPS

 SÉRIE

ESTADO

DOC. MILITAR (apenas para o sexo masc.)

Nº MILITAR

CATEGORIA MILITAR

CADASTRO DE RECURSOS HUMANOS

HISTÓRICO DE NACIONALIDADE (caso tenha histórico de outras nacionalidades)

PAÍS

SITUAÇÃO NACIONALIDADE

Nº PASSAPORTE

PAÍS EMISSOR

ESTADO

DATA EMISSÃO

 /

 /

 DATA VENCIMENTO

HISTÓRICO ACADÊMICO

INSTRUÇÃO

<input type="checkbox"/> 00 - NÃO APLICA <input type="checkbox"/> 01 - NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> 02 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 03 - 1ª A 4ª SÉRIE COMPLETO <input type="checkbox"/> 04 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> 05 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> 06 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 07 - ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> 08 - SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> 09 - SUPERIOR COMPLETO
--	---

GRADUAÇÃO

CURSO

INSTITUIÇÃO

ANO DE CONCLUSÃO

PRESENCIAL À DISTÂNCIA

PÓS-GRADUAÇÃO

<input type="checkbox"/> 01 - TESE NÃO DEFENDIDA <input type="checkbox"/> 02 - MESTRE <input type="checkbox"/> 03 - DOUTOR <input type="checkbox"/> 04 - PHD	<input type="checkbox"/> 05 - EM ANDAMENTO <input type="checkbox"/> 07 - ABANDONADO <input type="checkbox"/> 08 - PÓS GRADUADO <input type="checkbox"/> 09 - LIVRE DOCENTE
---	---

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> 00 - ASSUMIDO NA MIGRAÇÃO <input type="checkbox"/> 01 - SOLTEIRO (A) <input type="checkbox"/> 02 - CASADO (A) <input type="checkbox"/> 03 - VIUVO (A)	<input type="checkbox"/> 04 - DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> 05 - UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> 06 - SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> 07 - DESQUITADO (A)
---	---

DADOS DO SALÁRIO (TEM QUE SER CONTA CORRENTE NO BANCO DO BRASIL)

BANCO

AGÊNCIA

 --

Nº CONTA

 --

TIPO CONTA 01 - CONTA CORRENTE

ANEXAR CERTIDÕES OU REGISTROS RG E CPF DE CADA DEPENDENTE (XEROX)

SE TIVER MAIS DEPENDENTE TIRAR XEROX DESTA FICHA E PREENCHER.

DEPENDENTES (Favor preencher uma ficha para cada dependente)

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

CPF

RG --

END

BAIRRO **CEP**

COMPLEMENTO

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> 01 - SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> 04 - DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> 07 - DESQUITADO
<input type="checkbox"/> 02 - CASADO	<input type="checkbox"/> 05 - UNIÃO ESTÁVEL	
<input type="checkbox"/> 03 - VIÚVO	<input type="checkbox"/> 06 - SEPARADO	

SITUAÇÃO FINANCEIRA

<input type="checkbox"/> COM RENDA
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE BENS
<input type="checkbox"/> CREDOR DE ALIMENTOS
<input type="checkbox"/> 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

ANEXO VII DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

Eu, _____, abaixo assinado(a), de nacionalidade _____, nascido(a) em ___/___/_____, no município de _____, UF____, filho(a) de _____ e _____ de _____,

Estado Civil _____, 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 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.

ANEXO VI DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
Nome: _____	
RG: _____	UF: _____ CPF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: _____
A – Tipo da Deficiência: _____	
B – Código CID: _____	
C – Limitações Funcionais: _____	
D – Função pretendida: Professor/Professor Pedagogo/Professor Guia Intérprete	
E – PARECER DO(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA: De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do(a) candidato(a) é:	
() COMPATÍVEL para exercer a função de _____.	
() INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____.	
_____ Médico(a) Examinador(a) Assinatura e Carimbo/CRM	_____ Assinatura do(a) candidato(a)
Local: _____	Data: ____/____/20__

ANEXO IX DO EDITAL N.º 47/2020 – GS/SEED

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 da escolaridade obrigatória.
- () 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 20____.
(Local) (Data)

Assinatura do Outorgante
(Firma reconhecida)