



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 03/2024

A Diretora Presidente, Sra. Bruna Cristina Markievicz, no uso de suas atribuições legais, previstas no art. 15, incisos I e XIV, da Lei 1.063 de 19 de janeiro de 2016, tendo em vista a necessidade de suprir vagas existentes,

CONVOCA

O(s) candidato(s), abaixo relacionado(s), aprovado(s) no Concurso Público nº. 1/2023, para entregar os documentos necessários, para a prova dos requisitos para a investidura no(s) emprego(s), conforme previsto no item 4 do Edital.

Inscrição	Emprego	Nome Completo	Classificação
274042	Auxiliar Administrativo	Cesar Augusto da Silva Holovaty	3º lugar
274524	Fisioterapeuta	Ana Caroline Pedroso	1º lugar

Art. 1º. O(s) candidato(s) relacionado(s) terá(ão) o prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da data de publicação desta convocação, para encaminhar os documentos, em etapa única, abaixo especificados:

- a) **Os requisitos do item 4.1. “a”¹ e “b”²** do Edital do Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de **certidão de nascimento ou casamento ou certificado de naturalização, acompanhado de documento oficial com foto**;
- b) **Os requisitos do item 4.1. “c” e “g”** do Edital do Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de **título de eleitor e certidão de quitação eleitoral**³;
- c) **Exclusivamente** para os **candidatos aprovados do sexo masculino, o requisito do item 4.1. “h”⁴** do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de **certificado de Alistamento Militar**, nos limites da sua validade ou o

¹ser brasileiro, nos termos da Constituição Federal;

² Possuir, no mínimo, 18 (dezoito) anos completos na data da investidura;

³ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>

⁴Atendimento do serviço militar obrigatório;



Certificado de Reservista ou Certificado de Dispensa de Incorporação ou Certificado de Isenção⁵:

d) **Para os candidatos aprovados nos empregos de nível fundamental, o requisito do item 4.1. “e”⁶** do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de Histórico Escolar, acompanhado do Certificado de Conclusão de Ensino Fundamental;

e) **Para os candidatos aprovados nos empregos de nível Médio, o requisito do item 4.1. “e”⁷** do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de Histórico Escolar, acompanhado do Certificado de Conclusão de Ensino Médio;

f) **Para os candidatos aprovados nos empregos de nível Superior, o requisito do item 4.1. “e”⁸** do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de Histórico Escolar acompanhado do Certificado de Conclusão de Graduação e Portaria reconhecimento do Curso ou **Diploma de Graduação**;

g) **Exclusivamente para os candidatos aprovados nos empregos de Motorista**, em conformidade com o requisito constante no item 4.1, “e” e “k”⁹ do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de Carteira Nacional de Habilitação, CATEGORIA D e com anotação de EAR – Exerce Atividade Remunerada;

h) **Exclusivamente para os candidatos aprovados nos empregos de Operador de Máquina**, em conformidade com o requisito constante no item 4.1, “e” do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de Carteira Nacional de Habilitação, CATEGORIA C;

i) **Exclusivamente para os candidatos aprovados nos empregos que exigiram o registro no conselho de classe respectivo¹⁰** em conformidade com o requisito constante no item 4.1, “e” do Edital de Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO E REGULARIDADE, junto ao Conselho Regional de Classe do Paraná (ou órgão fiscalizador respectivo) ou a CERTIDÃO DE

⁵ O Decreto nº. 57.654, no art. 209 estabelece os documentos

⁶ possuir a escolaridade exigida e demais requisitos para o exercício do emprego;

⁷ possuir a escolaridade exigida e demais requisitos para o exercício do emprego;

⁸ possuir a escolaridade exigida e demais requisitos para o exercício do emprego;

⁹atender às demais exigências contidas neste Edital e Lei 13.013/2015

¹⁰ Advogado, Assistente Social, Contador, Engenheiro Civil, Fonoaudiólogo, Médico Veterinário, Nutricionista, Professor de Educação Física, Psicólogo, Técnico de Enfermagem, Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Especialista 20 h, Médico Generalista 40 h



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

INSCRIÇÃO E REGULARIDADE, junto ao Conselho Regional de Classe de outro Estado acompanhada do protocolo de transferência emitido pelo CONSELHO DE CLASSE DO PARANÁ.

j) **Os requisitos do item 4.1. “c” e “i”** do Edital do Concurso Público serão comprovados mediante a apresentação **atestado de antecedentes criminais¹¹**, da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná ou do Estado de residência do candidato nos últimos 5 (cinco) anos;

k) **Os requisitos do item 4.1. “c” e “i”** do Edital do Concurso Público serão comprovados mediante a apresentação de **Certidão Negativa Criminal da Justiça Estadual, incluindo Juizados Especiais Criminais (Distribuição e Execução, onde houver)** emitida no cartório distribuidor da Comarca de sua residência nos últimos 5 (cinco) anos;

l) **Os requisitos do item 4.1. “c” e “i”** do Edital do Concurso Público serão comprovados mediante a apresentação de **Certidão Negativa Criminal da Justiça Eleitoral** (não confundir com Certidão de Quitação Eleitoral)¹², **Certidão Negativa Criminal da Justiça Federal¹³**, **Certidão Negativa Criminal da Justiça Militar¹⁴**, **Certidão de Antecedentes Criminais**, emitido pela Polícia Federal¹⁵.

m) **Os requisitos do item 4.1. “c” e “i”** do Edital do Concurso Público serão comprovados mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa**, emitida pelo Conselho Nacional de Justiça¹⁶, **Certidão Negativa Cível** emitida pelo **Cartório Distribuidor da Comarca em que residiu nos últimos 5 (cinco) anos**.

n) **O requisito do item 4.1. “f”** do Edital do Concurso Público será comprovado mediante a apresentação de **Declaração preenchida e assinada de Acúmulo de Cargo, Emprego ou Função Pública** (Federal, Estadual, Distrital e Municipal), nos termos dos incisos XVI e XVII, do artigo 37, da Constituição Federal e que não é aposentado em Cargo, Emprego ou Função Pública (Federal, Estadual Distrital e Municipal), incalculável nos termos dos incisos XVI e XVII, § 10, do artigo 37, e bem como § 6º, do artigo 40, da Constituição

¹¹ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <https://www.atestados.pr.gov.br/info/aac>

¹² A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes>

¹³ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <http://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>

¹⁴ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <http://www.stm.jus.br/servicos-stm/certidao-negativa>

¹⁵ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-certidao-de-antecedentes-criminais>

¹⁶ A certidão poderá ser emitida, sem custos, pela internet no site: https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php



Federal e **Declaração preenchida e assinada de que não foi demitido do serviço público** (Federal, Estadual, Distrital e Municipal) em consequência de aplicação de pena disciplinar, após sindicância ou processo administrativo, nos últimos 05 anos, conforme modelo disponibilizado em Anexo.

Art. 2º. O(s) candidato(s), após a apresentação dos documentos acima elencados deverá(ão), em cumprimento ao contido no item 4.1, alínea “d”, se submeter a inspeção médica realizada pelo Médico do Trabalho do Município, em **data, local e horário a ser definido pelo Departamento de Recursos Humanos**, a quem competirá julgar se o(s) candidato(s) estão aptos ou inaptos para a investidura do emprego público.

§1º. Na avaliação médica, deverá(ão) os candidatos(s) entregar para o Médico do Trabalho, os exames laboratoriais e clínicos, abaixo especificados:

- a) Hemograma completo;
- b) Glicemia em jejum;
- c) TGO – Transaminase glutâmico oxalacética;
- d) TGP – Trasaminase glutâmico pirúvica;
- e) GAMA GT – Gama glutamiltransferase;
- f) Uréia;
- g) Creatinina;
- h) Urina tipo I;
- i) ECG – Eletrocardiograma com laudo;
- j) Perfil lipídico;
- k) Raio X tórax PA e Perfil;
- l) Raio X de coluna Lombo-Sacra e Bacia;
- m) Audiometria;
- n) Avaliação Oftalmológica;

§2º. Em conformidade com o disposto no item 9.3 do Edital, os exames deverão ser realizados e pagos pelo(s) candidato(s) interessado(s), sendo que deverá submeter a análise do Médico do Trabalho, no momento na avaliação médica, sendo que a não apresentação dos



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

exames, não comparecimento na avaliação médica, ou o resultado conclusivo “inapto” eliminará o candidato do concurso.

Art. 3º. Na hipótese de não existir nenhum impedimento, haverá edição de Portaria, nomeando o servidor para, mediante Termo de Posse/Investidura, investir-se no emprego público, no prazo de 30 (trinta) dias, desde que apresente, **previamente, os seguintes documentos:**

- a) Declaração do IRRF ou Declaração de Bens (Modelo Anexo);
- b) Declaração de Dependentes (Modelo Anexo);
- c) Foto 3x4 recente;
- d) Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- e) Carteira de Identidade Profissional;
- f) Conta Corrente para recebimento do salário (Banco do Brasil);
- g) Carteira de Trabalho física ou digital;
- h) Certidão de Casamento ou Nascimento, sendo que na hipótese de existir Escritura Pública de União Estável;
- i) Comprovante de Endereço atualizado;
- j) PIS ou PASEP – se não possuir, retirar extrato do PIS na Caixa Econômica Federal e do PASEP no Banco do Brasil ou apresentar o cartão cidadão (cópia);
- k) Impressão da tela de consulta de Qualificação Cadastral, obtida através do site <http://portal.esocial.gov.br>, na qual conste a mensagem “Os dados estão corretos”. Caso a mensagem exibida seja diferente, deverão ser providenciadas as correções, conforme orientações constantes na consulta (original);

Art. 4º. Atendido os documentos anteriores, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da Portaria de Nomeação, deverá assinar o **termo de investidura**, após será encaminhado ao local ou Posto de Trabalho respectivo;

Art. 5º. Comprovada, a qualquer tempo, ilegalidade nos documentos apresentados ou declaração falsa ou inexata, o candidato será eliminado do Concurso ou, se contratado, terá seu contrato rescindido nos termos da Lei Municipal nº 928/2013 e art. 482, alínea “a” da CLT.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

Paulo Frontin/Pr, 20 de março de 2024

Bruna Cristina Markievicz
Diretora Presidente



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

ANEXO I DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Nome: _____
Cargo: _____ Edital _____ Class: _____
RG: _____ CPF: _____

Declaro, que: **SIM** () **NÃO** () **POSSUO VÍNCULO EMPREGATÍCIO.** (Se sim, informar nos quadros 1 e/ou 2)

Quadro 1	
Tipo de vínculo (<input type="checkbox"/>) Público (<input type="checkbox"/>) Privado	
Entidade/Órgão/Empresa: _____	
Cargo/Emprego: _____	Regime Trabalho: _____
Local de trabalho: _____	
Turno: (<input type="checkbox"/>) Manhã (<input type="checkbox"/>) Tarde (<input type="checkbox"/>) Noite	Horário Entrada: ____:____ Saída ____:____
Carga horária Semanal: _____	Escala _____

Quadro 2	
Tipo de vínculo (<input type="checkbox"/>) Público (<input type="checkbox"/>) Privado	
Entidade/Órgão/Empresa: _____	
Cargo/Emprego: _____	Regime Trabalho: _____
Local de trabalho: _____	
Turno: (<input type="checkbox"/>) Manhã (<input type="checkbox"/>) Tarde (<input type="checkbox"/>) Noite	Horário Entrada: ____:____ Saída ____:____
Carga horária Semanal: _____	Escala _____

A presente declaração é a expressão da verdade, sob as penas da lei comprometo-me a comunicar imediatamente a secretaria municipal de administração e de gestão de pessoal quaisquer alterações de minha situação funcional, bem como autorizo-a diligenciar quanto à veracidade das informações ora prestadas. fico ciente do teor desta declaração e se por qualquer forma ocultar ou omitir a acumulação presumir-se-á má fé, o que me ensejará segundo as formalidades legais a aplicação das penalidades de demissão e restituição do que houver percebido indevidamente.

Legislação

FALSIDADE IDEOLÓGICA (CÓDIGO PENAL)

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, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)

Local: _____ Data: ____/____/____

Candidato

Responsável pela Conferência



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA

Nome: _____
Cargo: _____ Edital _____ Class: _____
RG: _____ CPF: _____

Declaro, tendo lido o disposto no artigo 37, incisos XVI e XVII e § 10, art. 40, §6º, da Constituição Federal, nos art. 1º, §§ 1º e 2º da lei municipal 928/2013 e art. 299 do código penal, transcritos na folha 2, que:

SIM (___) **NÃO** (___) **ACÚMULO** cargo, emprego ou função pública em quaisquer esferas de Governo (Federal, Estadual ou Municipal), na Administração Direta ou Indireta, Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista ou Fundações Públicas de Direito Público ou Privado mantidas pelo Poder Público, direta ou indiretamente. (Se sim, informar nos quadros 1 e/ou 2)

SIM (___) **NÃO** (___) **RECEBO** proventos de aposentadoria ou outro benefício do Regime Próprio da Previdência Social – RPPS decorrentes da atuação como servidor titular de cargo efetivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações. (Se sim, informar nos quadros 1 e/ou 2)

Quadro 1

Entidade/Órgão/Empresa: _____
Cargo/Emprego: _____ Regime Trabalho: _____
Local de trabalho: _____
Turno: (___) Manhã (___) Tarde (___) Noite Horário Entrada: ____:____ Saída ____:____
Carga horária Semanal: _____ Escala _____

Quadro 2

Entidade/Órgão/Empresa: _____
Cargo/Emprego: _____ Regime Trabalho: _____
Local de trabalho: _____
Turno: (___) Manhã (___) Tarde (___) Noite Horário Entrada: ____:____ Saída ____:____
Carga horária Semanal: _____ Escala _____

Declaro também que estou ciente das implicações criminais por falsa declaração, conforme o art. 299 do código penal, e que as informações por mim preenchidas acima são verdadeiras. A presente declaração é a expressão da verdade, sob as penas da lei comprometo-me a comunicar imediatamente a secretaria municipal de administração e de gestão de pessoal quaisquer alterações de minha situação funcional, bem como autorizo-a diligenciar quanto à veracidade das informações ora prestadas. fico ciente do teor desta declaração e se por qualquer forma ocultar ou omitir a acumulação presumir-se-á má fé, o que me ensejará segundo as formalidades legais a aplicação das penalidades de demissão e restituição do que houver percebido indevidamente.

Local: _____ Data: ____/____/____

Candidato

Responsável pela Conferência



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

Legislação

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998). XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) a) a de dois cargos de **professor**; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) b) a de um cargo de **professor** com outro técnico ou científico; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) c) a de dois cargos ou Funções Públicas privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 34, de 2001) XVII - a proibição de acumular estende-se a Funções Públicas e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998). § 10. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998). Art. 40. Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003) § 6º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma desta Constituição, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta do regime de previdência previsto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98)

REGIME DISCIPLINAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS (LEI 928/2013)

Art. 1º. Ressalvados os casos previstos na Constituição Federal, é vedada a acumulação remunerada de cargos ou Funções Públicas públicos

§ 1º. A proibição de acumular estende-se a cargos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 2º. A acumulação de cargos, ainda que lícita, fica condicionada à comprovação da compatibilidade de horários

§ 3º. Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade.

FALSIDADE IDEOLÓGICA (CÓDIGO PENAL)

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



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)

ACÚMULO DE CARGO E FUNÇÃO PÚBLICA

SÚMULA Nº 246 Tribunal de Contas da União – TCU

O fato de o servidor licenciar-se, sem vencimentos, do cargo público ou emprego que exerça em órgão ou entidade da administração direta ou indireta não o habilita a tomar posse em outro cargo ou emprego público, sem incidir no exercício cumulativo vedado pelo artigo 37 da Constituição Federal, pois que o instituto da acumulação de cargos se dirige à titularidade de cargos, Funções Públicas e funções públicas, e não apenas à percepção de vantagens pecuniárias.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

ANEXO II **DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE SANÇÃO DE PERDA DE CARGO OU** **EMPREGO OU FUNÇÃO**

Eu, _____,
portador do RG nº _____ e CPF nº _____,
DECLARO para o fim específico de contratação para emprego público
de _____, pelo Concurso Público
nº. /2023 que não fui demitido(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal
em consequência de aplicação de pena disciplinar após Sindicância ou Processo
Administrativo, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da
contratação, e que não perdi o cargo/emprego/função em razão de Sentença Judicial transitada
em julgado a ser cumprida ou em cumprimento.

A não veracidade da declaração prestada é considerada como Crime de Falsidade ideológica
(Código Penal - Artigo 299), sujeitando-se às penas da Lei. Pena: Reclusão de um a cinco anos,
e multa- quando o documento objeto da fraude é público; ou Reclusão de um a três anos, e
multa – se o documento for particular.

Paulo Frontin/Pr, ____/____/____

Candidato (a)



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS (DBR)

I - PATRIMÔNIO DO DECLARANTE

TIPO DO BEM (1)	DESCRIÇÃO DO BEM (2)	VALOR DE AQUISIÇÃO (3)	DATA DE AQUISIÇÃO (4)	VALOR VENAL ATUALIZADO (5)	VALOR DO BEM AO FINAL DO EXERCÍCIO (6)	VALOR DO BEM AO FINAL DO EXERCÍCIO ANTERIOR (7)

Observações:

- (1) Para cada bem, informar um único tipo: imóvel, móvel, semovente, veículo terrestre, embarcação, aeronave, títulos ou valores mobiliários, aplicação financeira, depósitos em conta bancária.
- (2) Para cada bem, informar as características que o descrevem ou identificam.
- (3) Para cada bem, informar o valor de aquisição constante no instrumento de transferência de propriedade ou do ato que transferiu tal direito, expresso em moeda nacional, se adquirido no Brasil, ou na moeda do país onde o bem foi adquirido.
- (4) Para cada bem, informar a data de aquisição constante no instrumento de transferência de propriedade ou do ato que transferiu tal direito.
- (5) Para cada bem, quando não for possível informar o valor de aquisição, informar o valor de venda atualizado até a data do último mês que integra o período relativo à DBR.
- (6) Para cada bem, informar o valor de aquisição, caso o bem integre o patrimônio ao final do exercício financeiro a que se refere a DBR; caso contrário, informar zero.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

(7) Para cada bem, informar o valor de aquisição, caso o bem integre o patrimônio ao final do exercício financeiro anterior ao que se refere a DBR; caso contrário, informar zero.

II - DÍVIDAS E ÔNUS DO DECLARANTE

DÍVIDAS/ÔNUS DO EXERCÍCIO (1)	DÍVIDAS/ÔNUS DO EXERCÍCIO ANTERIOR (2)

Observações:

(1) Informar o total das dívidas ou ônus a gravar o patrimônio declarado no final do exercício financeiro a que se refere a DBR.

(2) Informar o total das dívidas ou ônus a gravar o patrimônio declarado no final do exercício financeiro anterior ao que se refere a DBR.

III - RENDIMENTOS DO DECLARANTE

RENDIMENTO TRIBUTÁVEL (1)	
RENDIMENTO NÃO TRIBUTÁVEL (2)	
RENDIMENTO SUJEITO À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA (3)	
RENDIMENTO DO CÔNJUGE (4)	
IMPOSTO PAGO (5)	
IMPOSTO PAGO SOBRE GANHO DE CAPITAL (6)	
RESULTADO NEGATIVO DA ATIVIDADE RURAL (7)	
OUTROS PAGAMENTOS (8)	

Observações:

(1) Informar o total de rendimento tributável obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR que compõe a base de cálculo para fins de apuração do imposto pago a título de IRPF.

(2) Informar o total de rendimento não tributável obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR.

(3) Informar o total de rendimento sujeito à tributação exclusiva obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PAULO FRONTIN

Rua Rui Barbosa, 209 | Fone: (42) 3543-1123/3543-1341
CNPJ – 80.059.918/0001-45 | CEP: 84.635-000 | Paulo Frontin/PR
www.paulofrontin.pr.gov.br

- (4) Informar o total geral de rendimentos obtido pelo cônjuge no exercício financeiro a que se refere a DBR, quando for o caso.
- (5) Informar o total de imposto pago a título de IRPF no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (6) Informar o total de imposto pago sobre o ganho de capital aferido no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (7) Informar o prejuízo apurado com atividade rural, quando for o caso.
- (8) Informar outros pagamentos efetuados no exercício financeiro a que se refere a DBR.

IV - INFORMAÇÕES PRESTADAS À RFB

Declaro que as informações constantes do presente formulário são as mesmas constantes da Declaração Anual de Ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil, relativa ao exercício financeiro de _____ (1).

Número do recibo de entrega da Declaração Anual de Ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil: _____ (2).

Observações:

- (1) Informar o exercício financeiro a que se refere a Declaração Anual de ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil e que serviu de base para a elaboração da DBR.
- (2) Informar o número do recibo de entrega da Declaração Anual de ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil.

_____ LOCAL E DATA	_____ ASSINATURA Autoridade / Servidor: _____
-----------------------	---