|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cargo ou Função para o qual estou sendo indicado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de nascimento** | | | Grupo sanguíneo | | | | | | | **Nacionalidade** | | | | | | | | |
| **Naturalizado:**  **( ) sim ( ) não** | | | **Outra Nacionalidade** | | | | | | | **Naturalidade** | | | | | | | | |
| **Nome do pai** | | | | | | | **Nome da mãe** | | | | | | | | | | | |
| **Estado Civil**  **□ Solteiro** **□ Casado** **□ Viúvo** **□ Divorciado** **□ Separado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cor/Raça**  **□ Branca** **□ Preta** **□ Parda** **□ Amarela** **□ Indígena** **□ Não Informado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO / TELEFONE / E-MAIL / DADOS BANCÁRIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço** | | | | | | | | | | | | | | | | **Nº** | |
| **Complemento** | **Bairro** | | | | | **Cidade** | | | | | | | **Estado** | | **CEP** | | | |
| **Telefone Residencial** | | | **Telefone Celular** | | | | | | | | **Telefone do Trabalho** | | | | | | | |
| **E-mail** | | | | | | | **Agência e Conta-Salário Bradesco¹** | | | | | | | | | |  | |
| **DOCUMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RG (obrigatório anexar cópia)** | | **Órgão Expedidor** | | | | | | **Data de expedição** | | | | | | **CPF** | | | | |
| **Certificado Militar** | | **Série** | | | | | | **Órgão Expedidor** | | | | | | **PIS/PASEP** | | | | |
| **Título de Eleitor** | | | | **Zona** | | | | | **Seção** | | | | | | | | | |
| **Carteira de Habilitação** | | | | | **Categoria** | | | | | | | **Data de validade** | | | | | | |

**¹A conta salário vinculada ao TJ possibilita a portabilidade para demais bancos. Com a conta corrente não há essa possibilidade.**

**Para a abertura da conta salário vinculada ao TJ é necessário a retirada de ofício expedido pela Divisão de Pagamento, situada no Centro Administrativo do Tribunal de Justiça, Praça XV de novembro, nº 02/sala 105 ou solicitando por e-mail (**[**dipag@tjrj.jus.br**](mailto:dipag@tjrj.jus.br)**), com os seguintes documentos: cópia da Portaria de Nomeação e documento de identidade.**

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL** |
| **OBRIGATÓRIO JUNTAR CÓPIA DO DIPLOMA**  **Formação Acadêmica**  **( ) Ensino Médio**  **( ) Graduação – Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Completo – Data de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Outra Graduação – Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Completo – Data de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Pós-Graduação – Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Lato Sensu ( ) Strictu Sensu**  **( ) Completo – Data de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Mestrado - Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Completo – Data de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Doutorado - Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) Completo – Data de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Três Últimas Experiências Profissionais**  Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Função/Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Função/Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Função/Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Atenção:***  **Preenchimento**  **obrigatório dos**  **itens abaixo**  **conforme vínculo funcional** | **Vínculo Funcional**  **( ) Requisitado – Preencher itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12**  **( ) Comissionado – Preencher itens 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12** |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO – Condenações (Resolução 156 do CNJ)** |
| **( ) DECLARO**, sob pena de responsabilidade e de acordo com as disposições impostas pela Resolução nº 156, do Conselho Nacional de Justiça, de 08 de agosto de 2012, não incidir em qualquer das hipóteses de vedação previstas no art. 1º do Ato Normativo Conjunto 06/2012. Estou ciente que terei que apresentar, **em processo apartado, a ser iniciado no SEI e encaminhado à CEAPE,** **no prazo de 30 (trinta) dias**, a contar da publicação da Portaria, as certidões ou declarações negativas (**vide Anexo I**) e que, caso esteja incurso em qualquer das vedações previstas, ou deixe de apresentar a documentação exigida no prazo estabelecido, ocorrerá a exoneração do cargo de provimento em comissão ou dispensa da função gratificada ou comissionada para o qual estou sendo indicado. |
| **MANIFESTAÇÃO – Incidência Previdenciária** |
| Com base no disposto no Ato Normativo nº 07/05, manifesto opção quanto aos valores percebidos pelo exercício do cargo em comissão ou função gratificada para o qual estou sendo indicado:  ( ) pela incidência da contribuição previdenciária;  ( ) pela não incidência da contribuição previdenciária. |
| **DECLARAÇÃO – Parentesco (Resolução 07 do CNJ)** |
| O acima identificado, para fins de exercício de cargo em provimento em comissão ou de função gratificada, junto ao Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro, tendo em vista as disposições impostas pela Resolução nº 07, do Conselho Nacional de Justiça, publicada em 14/11/2005, DECLARA:  **( ) Possuo** parentesco com magistrado e/ou servidor conforme descrição abaixo:  Nome e matrícula do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de parentesco com o declarante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lotação do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome e matrícula do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de parentesco com o declarante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lotação do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome e matrícula do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de parentesco com o declarante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lotação do parente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **( ) NÃO** possuo parentesco com magistrado e/ou servidor deste Poder Judiciário. |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO – Aposentadoria** |
| **DECLARO**, para os devidos fins, que:  **( )** não estou aposentado(a)  **( )** não estou em vias de me aposentar  **( )** estou aposentado(a) do cargo, função ou emprego público em órgão da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público (art.37,XVI e XVII da Constituição Federal c/c Decreto 2479/79), conforme especificado.  **( )** estou ciente que em caso de aposentadoria/demissão deverei informar este Tribunal imediatamente, sob pena das responsabilidades legais. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO - Atestado de Saúde Ocupacional** | | |
| **( ) DECLARO** estar ciente de que, logo após a publicação no Diário da Justiça Eletrônico, devo comparecer ao **Departamento de Saúde – DESAU, das 10h às 17h** (Rua Erasmo Braga, 115/908 – Fórum Central), para avaliação, de posse dos resultados dos seguintes exames: | | |
| * Hemograma; * Tipo Sanguíneo e Fator RH; * Eletrocardiograma, para pessoas acima de 40 anos; | * Creatinina; * EAS; * VHS. | * Colesterol; * Glicose; |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO E INFORMAÇÕES – Órgão de Origem**  **(Deve ser preenchido pelo servidor requisitado COM ou SEM ônus para o PJERJ)** | | | | | |
| **Data de Admissão no Órgão de Origem.** | | **Ônus para o PJERJ ( ) sim ( ) não**  **Ressarcimento ( ) sim ( ) não** | | |
| **Cargo efetivo no Órgão de Origem** | | | **CNPJ do Órgão de Origem** | **Regime Jurídico no Órgão de Origem**  **( ) CLT ( ) Estatutário** | |
| **Matrícula no Órgão de origem** | **Regime previdenciário no Órgão de Origem**  **( ) RIOPREVIDÊNCIA ( ) INSS ( ) Próprio do órgão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **DECLARO**:  **( )** não percebo benefício de natureza semelhante ao auxílio-saúde, pago pelo órgão de origem, juntando documento comprobatório de despesa com plano de assistência médica e/ou odontológica.  **( )** percebo benefício de natureza semelhante ao auxílio-saúde, pago pelo órgão de origem.  **( )** opto pela percepção do auxílio-saúde no PJERJ, juntando comprovação de haver renunciado expressamente ao recebimento de benefício de natureza semelhante junto ao órgão de origem.  **( ) DECLARO** estar ciente que devo comunicar imediatamente a Divisão de Cadastro dos Servidores minha eventual **DESVINCULAÇÃO** do Órgão de Origem (Aposentadoria, Exoneração, Demissão, Reserva/Reforma ...), bem como manter meus dados cadastrais e os relativos ao cargo efetivo no Órgão de Origem atualizados na referida Divisão. | | | | | |
| **REMUNERAÇÃO**  **(Deve ser preenchido pelo servidor requisitado SEM ônus para o PJERJ)** | | | | | |
| **( )** Estou ciente da necessidade de apresentar, no prazo de 30 dias, documento emitido pelo meu órgão de origem contendo os valores percebidos em razão do exercício do cargo de provimento efetivo, com percentual de recolhimento previdenciário, em razão do disposto no Ato Normativo nº 33/2009, devendo renovar, anualmente até o dia 30 de abril, esta informação. | | | | | |

|  |
| --- |
| **MANIFESTAÇÃO – Auxílio-Refeição / Alimentação** |
| Com base no disposto no Ato Normativo nº 03/2007, manifesto a seguinte opção:  ( ) percepção integral do Auxílio na modalidade Refeição  ( ) percepção integral do Auxílio na modalidade Alimentação  ( ) 50% do valor na modalidade Refeição e 50% na modalidade Alimentação  ( ) percepção em pecúnia  Se Servidor Requisitado  ( ) Não percebo benefício de idêntica natureza aos auxílios alimentação e refeição em meu órgão de origem, nos termos do art. 1º, inciso III do Ato Normativo nº 03/2007.  Para mais informações acerca dos benefícios, seus valores e regras para recebimento acesse:  [**http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/dgpes/deaps/informacoes-sobre-beneficios**](http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/dgpes/deaps/informacoes-sobre-beneficios) |
| **MANIFESTAÇÃO – Auxílio-Saúde / Plano de Saúde** |
| Manifesto a seguinte opção quanto ao recebimento de benefícios:  **( )** **Auxilio saúde.** Tenho ciência que o pagamento terá validade a contar do mês da nomeação, condicionado à comprovação anual de despesas com plano de saúde para si próprio ou seus dependentes, sob pena de devolução de valores percebidos e não comprovados. (Documentação obrigatória a anexar: comprovante de pagamento de plano de saúde).  **( )** **Plano de Saúde Institucional.** Tenho ciência que a cobertura do plano de saúde terá início no primeiro dia do mês posterior à data minha manifestação, caso a manifestação ocorra até o vigésimo quinto dia do mês, e no segundo mês seguinte, caso ocorra em data posterior. Também estou ciente que tenho o prazo de 30 dias, a contar da data de minha inclusão no plano, para solicitar a inclusão dos meus dependentes, sem carência, diretamente à operadora do plano de saúde, com consignação em folha de pagamento das mensalidades a eles relativas. |
| **DECLARAÇÃO DE BENS** |
| **( )** Informo que não há bens a declarar  **( )** Anexo cópia de minha última declaração de bens apresentada à Receita Federal  **( )** Apresento relação discriminada de bens e valores: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO(A) INDICADO(A)** |
| **( )** **DECLARA,** sob as penas da Lei, que **NÃO EXERCE** cargo, emprego ou função pública, da Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), inclusive, que **NÃO ATUA** como Perito Judicial em nenhuma Corte.  **( )** **DECLARA,** sob as penas da Lei, que **EXERCE** cargo, emprego ou função pública, da Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Função (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), inclusive, que **ATUA** como Perito Judicial em alguma Corte, **ciente**, que tomará as providência necessária à desvinculação total, comprovando-a **no prazo de 30 (trinta) dias**, a contar da publicação da Portaria. |
| **TERMO DE CIÊNCIA** |
| **DECLARO** ter ciência de que a falta de veracidade nas informações e declarações aqui prestadas poderá acarretar responsabilidade penal pela prática do crime de falsidade ideológica, previsto no Artigo nº 299 do Código Penal. Comprometo-me a comunicar à Secretaria-Geral de Gestão de Pessoas quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional.  Rio de Janeiro, de de 20 .  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO I** | |
| A pessoa indicada não poderá ter sido condenada em decisão com trânsito em julgado ou proferida por órgão jurisdicional colegiado, nas seguintes hipóteses:  I - atos de improbidade administrativa;  II - crimes:  a) contra a administração pública;  b) contra a incolumidade pública;  c) contra a fé pública;  d) hediondos;  e) praticados por organização criminosa, quadrilha ou bando;  f) de redução de pessoa à condição análoga à de escravo;  g) eleitorais, para os quais a lei comine pena privativa de liberdade;  h) de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.  **§ 1º** - Na mesma proibição incide aquele que:  a) praticou ato que acarretou a perda do cargo ou emprego público;  b) foi excluído do exercício da profissão por decisão judicial ou administrativa do órgão profissional competente;  c) teve suas contas relativas ao exercício de cargos ou funções públicas rejeitadas por irregularidade insanável que configure ato doloso de improbidade administrativa, por decisão irrecorrível do órgão competente. | **Certidões Obrigatórias que devem ser apresentadas pelos indicados, junto com o formulário próprio (FRM-SGPES-059-02)**  **(prazo de 30 DIAS, a contar da publicação da portaria)**  - Justiça Federal (Certidão Judicial Criminal Negativa);  - Justiça Eleitoral (Certidão Condenação Criminal Eleitoral);  - Justiça Estadual (2º Ofício de Registro de Distribuição de Feitos Criminais – Modelo B);  - Justiça Militar da União – STM (Certidão de Ações Criminais);  - Justiça Militar Estadual - exceto para servidores com domicílio na Capital – Ofício de Registro de Distribuição de Feitos Ajuizados – Certidão Negativa Criminal (comarca ou domicílio);  - Tribunal de Contas da União (Certidão de Processos);  - Tribunal de Contas do Estado (Certidão Negativa de Inabilitados. Certidão Negativa de Contas Julgadas Irregulares e Certidão de Processos);  - Tribunal de Contas do Município (Certidão Negativa);  - Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa do CNJ (Certidão Negativa por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade);  - Conselho ou órgão profissional competente, constando a informação de que não foi excluído do exercício da profissão (OBS.: A certidão deverá ser emitida mesmo que não haja inscrição no referido Conselho) |