

PROCESSO DE ADMISSÃO DE NOVOS SERVIDORES

FORMULÁRIOS (Originais):

- F 01 - Ficha Cadastral;
- F 02 - Declaração de Acumulação de Cargo Público;
- F 03 - Declaração de Parentesco;
- F 04 - Declaração de Opção do PLANSERV;
- F 05 - Requerimento de Auxílio Transporte;
- F 06 - Termo de Responsabilidade para Uso de Correio Eletrônico;
- F 07 - Termo de Proteção de Dados;
- F 08 - Declaração de Vedação;
- F 09 - Declaração de Dependentes;
- F EF - Declaração de ciência PREVBAHIA;
- Formulário de inclusão do PLANSERV;
- Decreto Nº 17.273 de 06.12.2016 (candidato escrever “ciente”, datar e assinar)

DOCUMENTOS ORIGINAIS

- Curriculum Vitae;
- Arquivo digital com foto atual, fundo branco, (tamanho 3x4) em formato .pdf (Enviar para e-mail planejamentorh@mpba.mp.br com assunto: “Foto + Nome”);
- Carteira de Identidade (RG);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Certificado, devidamente registrado, de conclusão de ensino médio, fornecido por instituição de ensino credenciada pelo Ministério da Educação – MEC;
- Certificado de colação de grau ou diploma, devidamente registrado, de curso superior, em nível de graduação, fornecido por instituição de ensino credenciada pelo Ministério da Educação - MEC, para a carreira de Analista Técnico (OBSERVAR A ESPECIALIDADE);
- Comprovante de registro e regularidade junto ao Conselho de Classe, para a carreira de Analista Técnico, quando exigido como requisito; EXCETO ANALISTA JURÍDICO
- Título de Eleitor;
- Certificado de Reservista ou de Dispensa de Incorporação (apenas para o sexo masculino);
- Certidão de casamento civil e de nascimento de filhos (se houver);
- Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS (se houver);
- PIS/PASEP/NIT;

- Comprovante de residência em nome do requerente;
- Comprovante de conta corrente do Banco Bradesco;
- Certidões válidas dos distribuidores das Justiças Estadual (cível e criminal), Federal (cível e criminal), Eleitoral (quitação eleitoral e crimes eleitorais) e Militar, nos lugares em que o aprovado residiu nos últimos 2 (dois) anos;
- Declaração do IRRF (caso seja isento, preencher formulário fornecido pela receita Federal)
- Qualificação Cadastral E-social

Link: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>

Observação:

a) no comprovante de conta corrente do Bradesco é imprescindível que possua o dígito da agência bancária bem como o dígito da sua conta corrente;

b) caso faça adesão ao Planserv e seu cônjuge seja dependente do plano, é obrigatório a apresentação da certidão de casamento atualizada dentro dos últimos 6 meses.

EXAMES MÉDICOS:

Os candidatos convocados para avaliação médica deverão submeter-se a Junta Médica Oficial do Estado da Bahia, munidos dos exames laboratoriais e complementares listados abaixo:

- a) Hemograma;
- b) Glicemia;
- c) Sumário de urina;
- d) Parasitológico de fezes;
- e) Laudo de Acuidade Visual, com e sem correção (emitido por médico oftalmologista, assinado e com carimbo contendo o CRM);
- f) Raio X do tórax (PA), com laudo;
- g) Eletrocardiograma (para candidatos a partir de 40 anos);
- h) PSA de próstata (para homens a partir de 40 anos);
- i) Mamografia (para mulheres a partir de 40 anos);

Observações:

a) Dependendo da função/cargo e/ou achados clínicos, outros exames complementares poderão ser solicitados pelo médico perito quando da realização do exame, estando a emissão do laudo de APTIDÃO, vinculado à apresentação dos exames solicitados.

b) Todos os exames devem estar digitados, datados, assinados e carimbados pelo técnico/médico responsável, e impresso em papel timbrado da instituição. O Exame de acuidade visual somente será aceito se realizado por Médico Oftalmologista. NA FALTA DE QUALQUER DOS EXAMES SOLICITADOS, O PRÉ ADMISIONAL NÃO SERÁ REALIZADO.

c) Os exames de hemograma, glicemia, sumário de urina, parasitológico de fezes e acuidade visual têm validade de 3 meses. Os exames de Mamografia, Raio-X, PSA e Eletrocardiograma têm validade de 6 meses.

d) Em todos os exames deverá constar, além do nome, número do documento de identidade do candidato.



NOME			
NOME SOCIAL		E-mail pessoal	
Estado Civil <input type="checkbox"/> SOLTEIRO; <input type="checkbox"/> CASADO; <input type="checkbox"/> VIÚVO; <input type="checkbox"/> SEPARADO; <input type="checkbox"/> DIVORCIADO;			
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino; <input type="checkbox"/> Feminino;			
Gênero <input type="checkbox"/> CISGÊNERO; <input type="checkbox"/> TRANSGÊNERO; <input type="checkbox"/> TRANSEXUAL; <input type="checkbox"/> TRAVESTI; <input type="checkbox"/> GÊNERO FLUIDO; <input type="checkbox"/> AGÊNERO; <input type="checkbox"/> NÃO BINÁRIO; <input type="checkbox"/> OUTRO;			
Raça/cor (Obrigatório) <input type="checkbox"/> BRANCA; <input type="checkbox"/> AMARELA; <input type="checkbox"/> INDÍGENA; NEGRA (<input type="checkbox"/> Preto / <input type="checkbox"/> Pardo)			
Endereço (Rua, Avenida, Nº):			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
DDD/Telefone celular		DDD/Telefone residencial	Contato Emergencial
Agência	Dígito da agência	Conta	Dígito da conta
Primeiro emprego? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Órgão de Classe	ATIVO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Nº da carteira	
Pessoa com deficiência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, qual:			
*Escolaridade (Marcar todas as formações concluídas e anexar comprovantes) <input type="checkbox"/> Ensino Médio; <input type="checkbox"/> Curso Técnico Profissionalizante; <input type="checkbox"/> Graduação; <input type="checkbox"/> Pós-Graduação; <input type="checkbox"/> Mestrado; <input type="checkbox"/> Doutorado; <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado;			

DATA	ASSINATURA
-------------	-------------------



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Declaro para os devidos fins que:

- Não acumulo nenhuma função ou cargo remunerado em Órgão Público nas esferas Federal, Estadual e Municipal e que não incido em qualquer das hipóteses de vedação previstas nas previstas na Resolução nº 27/2008, Resolução nº 37, de 28/04/2009 alterada pela Resolução nº 241 de 28/09/2021 e Resolução nº 177, de 05/07/2017, alterada pela Resolução nº 190, de 19/06/2018 do Conselho Nacional do Ministério Público, Leis Complementares nº 64/1990 e 135/2010
- Acúmulo função ou cargo remunerado compatível com as atividades a serem desempenhadas neste Ministério, em conformidade ao disposto na Constituição Federal/1988.

Caso esta opção seja marcada, prestar abaixo as informações relativas ao Cargo ou Função pública exercida e apresentar documentação comprobatória expedida pelo Órgão Público que contenha as informações de carga horária e jornada de trabalho semanal.:

ESFERA () FEDERAL () ESTADUAL () MUNICIPAL		CADASTRO/MATRÍCULA
NOME DA INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO:		MUNICÍPIO/ESTADO:
DATA DE INGRESSO/ADMISSÃO: _ / _ / _	TIPO DE VÍNCULO () EFETIVO () COMISSIONADO () MANDATO EFETIVO	JORNADA DE TRABALHO SEMANAL: _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

- Declaro estar ciente das disposições do art.177 da Lei 6.677/1994.
Art. 177 – É vedada a acumulação, remunerada ou não, de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários:
a) de dois cargos de professor;
b) de um cargo de professor com outro técnico ou científico;
c) de dois cargos de médico.
- Declaro estar ciente de que o cargo de Assistente Técnico-Administrativo não é acumulável com outro cargo público e da obrigação do envio de cópia do pedido e da publicação do ato de exoneração a DGP-Coordenação de Registros e Benefícios.
- Declaro estar ciente de que o auxílio-alimentação é inacumulável com outros de mesma natureza. O servidor que acumule cargo ou emprego conforme previsto na Constituição Federal/1988, tem direito a percepção de um único auxílio-alimentação, mediante opção. (art,22, § 2º da Lei Federal 8.460/1992, incluído pela Lei 9.527/1997) e (Acórdão 2142/2013 TCU Plenário, ítem 9.1.4.1)
- () Opto por receber o auxílio-alimentação no Ministério Público do Estado da Bahia.
Anexar o comprovante de cancelamento do auxílio-alimentação no outro vínculo.
- () Opto por continuar recebendo o auxílio-alimentação no meu outro vínculo.

A inveracidade das informações prestadas constitui falta grave, passível de sanção penal e administrativa, além de acarretar a suspensão do benefício e o ressarcimento ao erário dos valores recebidos em duplicidade deve proceder de acordo o art. 46 da Lei 8.112/1990.

DATA	ASSINATURA
------	------------



DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Declaro, sob as penas da Lei e nos termos dos Ato nº 078, de 12 de abril de 2002, em observância ao art. 31 da Lei nº 8.966, de 22 de dezembro de 2003, da Súmula Vinculante nº 13 do STF, de 21/08/2008 e da Resolução nº 37 de 28/04/2009 alterada pela Resolução 241 de 28/09/2021 do Conselho Nacional do Ministério Público, que:

Não possuo cônjuge, companheiro(a) ou parente em linha reta ou colateral, até terceiro grau (mãe, pai, filho(a), tio(a), irmão(ã), sobrinho(a), neto(a), bisneto(a), avô(a), bisavô(ó) nem possuo parentesco por afinidade (genro, nora, sogro(a), cunhado(a), enteado(a), padrasto, madrastra) de Procurador ou Promotor de Justiça do Estado da Bahia, ativo e de servidor efetivo ou comissionado ativo.

Possuo cônjuge, companheiro(a) ou parente em linha reta ou colateral, até terceiro grau (mãe, pai, filho(a), tio(a), irmão(ã), sobrinho(a), neto(a), bisneto(a), avô(a), bisavô(ó) nem possuo parentesco por afinidade (genro, nora, sogro(a), cunhado(a), enteado(a), padrasto, madrastra) de Procurador ou Promotor de Justiça do Estado da Bahia, ativo e de servidor efetivo ou comissionado ativo.

Caso sim, identifique:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

- Cargo: () Procurador de Justiça - Ativo
() Promotor de Justiça - Ativo
() Servidor Efetivo – Ativo
() Servidor Comissionado – Ativo

DATA	ASSINATURA
------	------------



DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PLANSERV

NOME
CARGO

DECLARO A MINHA OPÇÃO:

- PROCEDER AO DESCONTO EM MEUS VENCIMENTOS, COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS – PLANSERV, NO VALOR CONFORME O ENQUADRAMENTO CORRESPONDENTE
- NÃO PROCEDER AO DESCONTO EM MEUS VENCIMENTOS, COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS – PLANSERV
- MIGRAÇÃO COM DESCONTO EM MEUS VENCIMENTOS, COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS – PLANSERV

DATA	ASSINATURA
-------------	-------------------



NOME

CARGO

Declaro que :

1. recebi uma identificação individual do correio eletrônico do Ministério Público do Estado da Bahia, para uso exclusivo no tratamento de assuntos afetos ao serviço, não podendo empregá-la para utilização diversa do cumprimento das minhas atribuições funcionais;
2. a senha cadastrada é de uso pessoal e intransferível, sendo da minha responsabilidade não permitir o acesso de terceiros, por meio dela, ao correio eletrônico;
3. assumo inteira responsabilidade pelo conteúdo, endereçamento e armazenamento de todas as mensagens relacionadas ao uso do correio eletrônico por meio da minha senha;
4. estou ciente de que o Ministério Público procederá a fiscalização e controle do correio eletrônico, sempre que houver indícios de má utilização;
5. estou ciente de que serão passíveis de sanções disciplinares, cível ou criminal o não cumprimento dos compromissos assumidos neste Termo de Responsabilidade e dos preceitos contidos nas normas e instruções vigentes.

RESERVADO ÀS ANOTAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE CORREIO ELETRÔNICO DO MP/BA

DATA

ASSINATURA

TERMO DE COMPROMISSO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

_____, doravante designado simplesmente SERVIDOR(A), inscrito(a) no CPF nº _____, se compromete, pelo presente termo, a utilizar restritamente dentro do âmbito de suas atribuições e não divulgar sem autorização quaisquer dados pessoais a que tenha conhecimento por força de suas funções perante o Ministério Público do Estado da Bahia, doravante simplesmente designado MPBA, respeitando-se o disposto na Lei nº 12.527/11 (Lei de Acesso à Informação), Lei nº 12.965/14 (Marco Civil da Internet), Lei nº 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), Lei Estadual no. 6677/1994 e no Ato Normativo Nº 002/2015 que Institui a Política de Segurança da Informação do Ministério Público do Estado da Bahia deste Ministério Público.

Considerando que:

- I. **dado pessoal** é a informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;
- II. **dado pessoal sensível** é o dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;
- III. **dado anonimizado** é o dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento;
- IV. **titular** é a pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;
- V. **tratamento** é toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;
- VI. **anonimização** é a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo;
- VII. **consentimento** é a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada;
- VIII. **bloqueio** é a suspensão temporária de qualquer operação de tratamento, mediante guarda do dado pessoal ou do banco de dados;
- IX. **eliminação** é a exclusão de dado ou de conjunto de dados armazenados em banco de dados, independentemente do procedimento empregado;
- X. **uso compartilhado de dados** é a comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicos no cumprimento de suas competências legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados;

O MPBA possui acesso privilegiado a diversas informações pessoais – seja por meio físico ou digital – de servidores públicos, jurisdicionados, prestadores de serviços e cidadãos. Em regra, essas informações são necessárias para garantir o efetivo exercício das atividades administrativas e de competência constitucional deste Ministério.

As informações relacionadas a pessoa natural identificada ou identificável – e em especial os dados pessoais sensíveis – requerem proteção especial por razão de lei. Assim, o presente termo é ferramenta necessária para este MPBA ampliar as medidas já existentes de segurança da informação, a exemplo da Política de Privacidade, e aprimorar a proteção dos dados pessoais no âmbito de sua atuação, em especial diante da vigência da Lei nº 13.709/18.

O(A) SERVIDOR(A) reconhece que tem acesso a informações pessoais em razão do exercício de suas funções neste MPBA, inclusive podendo ter acesso a dados pessoais sensíveis. O(A)

SERVIDOR(A) se compromete a tratar todas as informações pessoais que tenha acesso por força de suas funções

perante o MPBA com o máximo nível de zelo e assegurar que essas informações não serão divulgadas a terceiros não autorizados – incluindo servidores ou empregados terceirizados que não se encontrem diretamente envolvidos nas atividades específicas.

O servidor declara que:

() tem acesso a informações pessoais em razão do exercício de suas funções neste MPBA, inclusive podendo ter acesso a dados pessoais sensíveis. O(A) SERVIDOR(A) se compromete a tratar todas as informações pessoais que tenha acesso por força de suas funções perante o MPBA com o máximo nível de zelo e assegurar que essas informações não serão divulgadas a terceiros não autorizados – incluindo servidores ou empregados terceirizados que não se encontrem diretamente envolvidos nas atividades específicas.

() não tem acesso a informações pessoais em razão do exercício de suas funções neste MPBA. Em caso de vir a ter acesso a informações pessoais em razão do exercício de suas funções neste MPBA, inclusive podendo ter acesso a dados pessoais sensíveis, o SERVIDOR se compromete a tratar todas as informações pessoais que tenha acesso por força de suas funções perante o MPBA com o máximo nível de zelo e assegurar que essas informações não serão divulgadas a terceiros não autorizados – incluindo servidores ou empregados terceirizados que não se encontrem diretamente envolvidos nas atividades específicas.

O(A) SERVIDOR(A) assegura que ao tratar dados pessoais observará a boa-fé e os princípios elencados na LGPD, quais sejam: finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e que apenas realizará tratamento de dados pessoais no âmbito de sua área de atuação e para propósitos legítimos, específicos e explícitos - sem possibilidade de tratamento de forma incompatível com as finalidades públicas definidas. Nesse sentido, o(a) SERVIDOR(A) se compromete a não guardar cópia ou registro particular de informações pessoais que teve acesso por força de suas atribuições perante o MPBA, bem como a restituí-los, a qualquer momento, por requisição do MPBA.

O(A) SERVIDOR(A) se compromete a cumprir as normas da Política de Segurança da Informação (Ato Normativo Nº 002/2015), assim como as demais atos pertinentes ao caso, adotando as medidas técnicas e administrativas adequadas para promover a segurança do tratamento de dados pessoais decorrentes de suas atividades, seja em trabalho presencial ou remoto. Deve-se ainda, observar quaisquer outros procedimentos aplicáveis ao MPBA sobre proteção de dado pessoal especialmente quanto a informações sensíveis.

O(A) SERVIDOR(A) declara ter conhecimento e se compromete a utilizar o correio eletrônico em conformidade com o disposto no Ato Normativo 019/2011 ou norma superveniente que lhe substitua ou altere o teor.

O(A) SERVIDOR(A) se compromete atender com presteza ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo bem como guardar sigilo sobre assuntos de natureza confidencial a que esteja obrigado em razão do cargo. A demissão será aplicada nos casos de revelação de segredo apropriado em razão do cargo.

O(A) SERVIDOR(A) se compromete a informar imediatamente ao Comitê Estratégico de Proteção de Dados Pessoais (CEPDAP) do MPBA acerca de qualquer violação das regras de compromisso e não divulgações relacionadas ao tratamento de dados pessoais estabelecidos, que tenham ocorrido por sua ação ou omissão, independentemente da existência de dolo.

DATA	CPF	ASSINATURA



DECLARAÇÃO DE VEDAÇÃO

_____ (nome completo), brasileiro
(a), _____ (estado civil), portador (a) da Carteira de
Identidade nº _____, emitida pelo (a) _____ (Órgão emissor), inscrito
(a) no CPF nº _____, **DECLARO**, sob as penas da lei, que **não incido
em qualquer das hipóteses de vedação** previstas na Resolução nº 27/2008, Resolução nº
37, de 28/04/2009 alterada pela Resolução nº 241 de 28/09/2021 e Resolução nº 177, de
05/07/2017, alterada pela Resolução nº 190, de 19/06/2018 do Conselho Nacional do
Ministério Público, Leis Complementares nº 64/1990 e 135/2010.

Resolução nº 27, de 10/03/2008 - CNMP

Art. 1º É vedado o exercício da advocacia aos servidores efetivos, comissionados, requisitados ou colocados à disposição do Ministério Público dos Estados e da União.

Resolução nº 37, de 28/04/2009 alterado pela Resolução nº 241 de 28/09/2021

Altera as Resoluções CNMP nº 01/2005, nº 07/06 e nº 21/07, considerando o disposto na Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal.

Resolução nº 241, de 28/09/2021 - CNMP

Altera a Resolução CNMP nº 37, de 28 de abril de 2009, para contemplar expressamente hipóteses que caracterizam nepotismo e hipóteses em que as vedações previstas nos arts. 1º e 2º não se aplicam.

Súmula Vinculante nº 13 do STF

A nomeação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda, de função gratificada na administração pública direta e indireta em qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compreendido o ajuste mediante designações recíprocas, viola a Constituição Federal.

Resolução nº 177, de 05/07/2017 - CNMP

Proíbe a designação para função de confiança ou a nomeação para cargo em comissão no quadro dos serviços auxiliares do Ministério Público de pessoa que tenha praticado atos tipificados como causa de inelegibilidade prevista na legislação eleitoral, e dá outras providências.

Resolução nº 190, de 19/06/2018 - CNMP

Art. 5º O nomeado para cargo em comissão, antes da posse, ou o designado para função de confiança ou substituição, antes de entrar em exercício, declarará por escrito, sob as penas da lei, não incidir em qualquer das hipóteses de vedação previstas em lei ou nesta Resolução.

Lei Complementar nº 64/1990

Estabelece, de acordo com o art. 14, § 9º da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação, e determina outras providências.

Lei Complementar nº 135/2010

Altera a Lei Complementar no 64, de 18 de maio de 1990, que estabelece, de acordo com o § 9º do art. 14 da Constituição Federal, casos de inelegibilidade, prazos de cessação e determina outras providências, para incluir hipóteses de inelegibilidade que visam a proteger a probidade administrativa e a moralidade no exercício do mandato.

DATA	ASSINATURA



FORMULÁRIO DE DEPENDENTES

Declaro que as pessoas indicadas abaixo estão sob minha dependência econômica e não dispõem de renda nem exercem atividade remunerada.

NOME COMPLETO:

1. Nome do dependente					CPF	<input type="checkbox"/> IRRF <input type="checkbox"/> AUXÍLIO SAÚDE <input type="checkbox"/> ASSENTO FUNCIONAL
Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	Data nascimento	Grau de parentesco	*Escolaridade	Inválido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado civil	Local de nascimento
2. Nome do dependente					CPF	<input type="checkbox"/> IRRF <input type="checkbox"/> AUXÍLIO SAÚDE <input type="checkbox"/> ASSENTO FUNCIONAL
Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	Data nascimento	Grau de parentesco	*Escolaridade	Inválido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado civil	Local de nascimento
3. Nome do dependente					CPF	<input type="checkbox"/> IRRF <input type="checkbox"/> AUXÍLIO SAÚDE <input type="checkbox"/> ASSENTO FUNCIONAL
Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	Data nascimento	Grau de parentesco	*Escolaridade	Inválido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado civil	Local de nascimento
4. Nome do dependente					CPF	<input type="checkbox"/> IRRF <input type="checkbox"/> AUXÍLIO SAÚDE <input type="checkbox"/> ASSENTO FUNCIONAL
Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Mas	Data nascimento	Grau de parentesco	*Escolaridade	Inválido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado civil	Local de nascimento

***Código do grau de escolaridade: utilize o número correspondente**

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 01. Não alfabetizado | 05. 9º ano fundamental completo | 09. Superior completo |
| 02. 5º ano fundamental incompleto | 06. Médio incompleto | 10. Pós-graduação |
| 03. 5º ano fundamental completo | 07. Médio completo | 11. Mestrado |
| 04. 9º ano fundamental incompleto | 08. Superior incompleto | 12. Doutorado |

Informações
complementares:

DATA	ASSINATURA
------	------------



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro ter ciência da inscrição automática de servidores públicos dos órgãos e entidades da Administração Pública Direta, Autarquias e Fundações Estatais de Direito Público no Plano de Benefícios PREVBAHIA, conforme Lei Estadual nº 13.718 de 16 de março de 2017, que alterou o art. 1º da Lei Estadual nº 13.222 de 12 de janeiro de 2015, bem como o disposto no Decreto Estadual nº 17.622 de 29 de maio de 2017, inclusive o art. 1º:

***Decreto Estadual nº 17.622/2017 - Art. 1º** "Os servidores públicos civis titulares de cargo efetivo da Administração Pública Direta, Autarquias e Fundações Estatais de Direito Público, que tenham ingressado em cargo efetivo a partir de 11 de março de 2017, bem como os oriundos de serviço público em outro ente da Federação, cujo ingresso tenha sucedido a instituição do Regime de Previdência Complementar no ente de origem, independentemente de adesão ao plano de benefícios administrado por entidade fechada de previdência complementar, serão automaticamente inscritos no Regime de Previdência Complementar, desde que recebam remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, mesmo quando este limite seja excedido em momento posterior ao ingresso no serviço público"*

Para obter informações preliminares sobre a inscrição automática no Regime de Previdência Complementar PREVBAHIA PB CIVIL, entrar em contato com a Prevnordeste.

Para informações mais detalhadas, inclusive pedido de alteração do percentual de contribuição, inclusão de beneficiários, termos da apólice do seguro e solicitação de desistência da inscrição realizar contato direto com a Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia – PREVNORDESTE, conforme endereço abaixo:

Av. Antônio Carlos Magalhães, Edif. Empresarial Thomé de Souza, nº 3244, 8º andar, sala 817, CEP 41.800-700, Caminho das Árvores - Tel: (71) 3035-1605/3034-1605.

E-mail: faleconosco@prevbahia.ba.gov.br Site: www.prev.bahia.com.br

DATA	ASSINATURA

1. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO			MATRÍCULA
NOME SOCIAL			DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL: ()sim () não
CPF	CARTÃO SUS	TELEFONE CELULAR ()	TELEFONE RESIDENCIAL ()
POSSUI OUTRO VÍNCULO NO ESTADO: () SIM () NÃO		SEGUNDA MATRÍCULA	ÓRGÃO SEGUNDA MATRÍCULA
ENDEREÇO			
COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO
CEP	E-MAIL		ESTADO CIVIL
DATA NASCIMENTO / /	SEXO () Masc () Fem () Intersexo	IDENTIDADE DE GÊNERO () Cisgênero masculino () Cisgênero feminino () Transgênero masculino () Transgênero feminino () Não binário	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: () BÁSICO (Enfermaria) () ESPECIAL (Quarto individual)
SITUAÇÃO FUNCIONAL () Servidor ativo/Executivo () Pensionista () Servidor inativo/Executivo () Ativo/Inativo de Empresa Pública/Economia Mista () Programa do Estado () Cargo comissionado aposentado () Outros Poderes () Licenças () REDA () Migração de matrícula			

2. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTE (S)/AGREGADO (S)

NOME COMPLETO			
NOME SOCIAL			DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL: () sim () não
GRAU DE PARENTESCO () Cônjuge () Companheiro	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO () Masc () Fem () Intersexo	IDENTIDADE DE GÊNERO () Cisgênero masculino () Cisgênero feminino () Transgênero masculino () Transgênero feminino () Não binário
SERVIDOR PÚBLICO () sim () não	Caso positivo, qual a matricula e órgão:	CPF (obrigatório):	
REMUNERAÇÃO SUPERIOR AO DO TITULAR () sim () não	CARTÃO SUS:		
ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)	CEP	TELEFONE()	

NOME COMPLETO			
NOME SOCIAL			DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL: () sim () não
GRAU DE PARENTESCO () Filho (a): () Menor () Inválido () Agregado () Enteado (a) ou Tutelado (a): () Menor () Inválido Agregado () Neto () Ex-pensionista	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO () Masc () Fem () Intersexo	IDENTIDADE DE GÊNERO () Cisgênero masculino () Cisgênero feminino () Transgênero masculino () Transgênero feminino () Não binário
SERVIDOR PÚBLICO () sim () não	Caso positivo, qual a matricula e órgão:	CPF (obrigatório):	
ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)	CARTÃO SUS:		
CEP	TELEFONE()		

NOME COMPLETO			
NOME SOCIAL			DESEJO SER CHAMADO (A) PELO NOME SOCIAL: () sim () não
GRAU DE PARENTESCO () Filho (a): () Menor () Inválido () Agregado () Enteado (a) ou Tutelado (a): () Menor () Inválido Agregado () Neto () Ex-pensionista	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO () Masc () Fem () Intersexo	IDENTIDADE DE GÊNERO () Cisgênero masculino () Cisgênero feminino () Transgênero masculino () Transgênero feminino () Não binário
SERVIDOR PÚBLICO () sim () não	Caso positivo, qual a matricula e órgão:	CPF (obrigatório):	
ENDEREÇO (preenchimento obrigatório caso não resida com o beneficiário titular)	CARTÃO SUS:		
CEP	TELEFONE()		

Declaro estar ciente que:

- a) O ingresso na Assistência está condicionado ao pagamento da contribuição. As contribuições referentes aos pedidos realizados até o dia 28 do mês corrente serão implementadas no contracheque do mês subsequente;
- b) Em caso de migração de matrícula, o dependente/agregado acompanhará a carência do titular, inclusive o Recém-nascido;
- c) Meu agregado/dependente não reúne condições de ser titular do plano ou meu cônjuge/companheiro servidor recebe menor provento;
- d) Pedido de inclusão de dependente ou agregado de beneficiário titular com vínculo em regime especial de direito administrativo (REDA) e vinculados aos programas de aprendizagem instituídos pelo governo serão desconsiderados;
- e) Não serão admitidos curatelados na assistência;
- f) Os filhos e netos agregados serão excluídos automaticamente ao completar 24 (vinte e quatro) anos;
- g) A inclusão do titular, dependentes e agregados somente ocorrerá mediante fornecimento da matrícula pelo beneficiário titular, sendo garantida a inclusão sem os prazos de carência para os beneficiários que manifestaram a intenção em aderir ao plano dentro de 30 dias da data de admissão;
- h) Cumprirei as seguintes carências: 24 horas para urgência e emergência, 30 dias para consultas eletivas e exames laboratoriais, 180 dias para os demais casos e 300 para parto a termo, a contar do primeiro dia após o desconto em folha de pagamento, exceto os recém-admitidos, o novo pensionista, o agente político, o recém-nascido e o recém-casado desde que solicite até 30 dias da data do evento;
- i) Só possuo a (s) matrícula (s) apresentadas neste formulário e que em caso de mais de uma, a contribuição ocorrerá na de maior remuneração, somando os estípeios;
- j) A partir de 27/10/2020, a inclusão ou retorno a Assistência, ocorrerá acrescido ao valor, a parcela de risco, caso esta ocorra após 05 anos da data da posse do cargo ou concessão da pensão, conforme previsto no art. 10-A da lei 9.528/05;
- k) No caso de prova de convivência por escritura pública, o início do relacionamento para análise de parcela de risco será considerado o da lavratura da escritura e não o declarado no documento de forma unilateral
- l) A cobertura assistencial do Planserv restringisse somente ao território do Estado da Bahia;
- m) Serão descontados em seus vencimentos de despesas médicas pagas pelo plano, em cumprimento de liminar judicial, posteriormente revertida pela Procuradoria Geral do Estado, bem como os valores de sua contribuição devidos, desde que tal desconto não ultrapasse trinta por cento de seu salário
- n) As regras do plano estão dispostas na Lei Estadual n.º 9.528/05, Decreto Estadual n.º 9.552/05, Lei Estadual 13.450/15 e Lei Estadual n.º 12.351/11 e aceito as condições das mesmas;
- o) Não são cobertos pelo plano, consoante artigo 16 do Decreto n.º 9.552/2005:
- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
 - II - cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social ? mesmo que justificados por uma causa médica ? exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico;
 - III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, métodos anticoncepcionais e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas conseqüências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde;
 - IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - V - fornecimento de medicamentos de uso continuado quando o beneficiário se encontra em regime ambulatorial, exceto quando se tratar de Programas instituídos pelo PLANSERV;
 - VI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
 - VII - procedimentos odontológicos;
 - VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas sociedades competentes, e tratamentos cirúrgicos para alteração do corpo;
 - IX - casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - X - procedimentos diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
 - XI - internações clínicas ou cirúrgicas e procedimentos de diagnose e terapia não prescritos ou solicitados pelo médico assistente;
 - XII - procedimentos decorrentes de doenças ocupacionais e suas conseqüências;
 - XIII - procedimentos decorrentes de acidentes de trabalho e suas conseqüências;
 - XIV - sessões e tratamentos ou qualquer outro procedimento de medicina alternativa, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, exceto quando se tratar de Programas instituídos pelo PLANSERV;
 - XV - despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e despesas extra-hospitalares, tais como telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, jornais, TV, estacionamento, objetos destruídos ou danificados e outras de caráter pessoal ou particular;
 - XVI - enfermagem particular;
 - XVII - curativos e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou domiciliar ou fora do atendimento ambulatorial;
 - XVIII - internação em acomodação diferente da optada pelo beneficiário e todas as despesas adicionais conseqüentes da opção do beneficiário, seus dependentes e agregados;
 - XIX - permanência hospitalar após alta médica;
 - XX - tratamento de doenças epidêmicas declaradas pela Autoridade Sanitária competente;
 - XXI - materiais e medicamentos importados, exceto quando não existirem equivalentes nacionais, e aqueles não reconhecidos pela ANVISA ou Ministério da Saúde;
 - XXII - transplante, com exceção de rim e córnea;
 - XXIII - vacinas e autovacina;
 - XXIV - aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
 - XXV - procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ressalvados os casos de urgência e emergência;
 - XXVI - atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;
 - XXVII - exames cuja finalidade não seja a de tratamento de doença ou sintoma, anomalia ou lesão, tais como os destinados à prova de paternidade e aqueles para instruir processos judiciais e outros de mesma natureza.
- Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por

profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:

I - gigantomastia;

II - ginecomastia masculina;

III - abdômen em avental e ptose mamária decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, após cirurgia bariátrica.

p) Haverá o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis necessários para o exercício regular de direitos e do presente contrato, que possuem respaldo na legislação vigente que rege o Planserv para emissão de autorização, elaboração de pareceres e para políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças do Planserv, consoante o abarcado nas exceções de consentimento previsto na Lei Geral de Proteção de Dados n.º 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 (art. 7º, incisos II a VII e art. 11, inciso II)

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR (idêntica ao documento de identificação com foto apresentado)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

TITULAR (Ativo E Inativo, Reda, 1º Emprego e Pensionista)

- 1) Documento de identificação com foto, CPF, Comprovante de residência e último contracheque.

Obs.: O Servidor recém-admitido deve apresentar os mesmos documentos, com exceção do Contracheque, independentemente da geração da matrícula, tendo que apresentar Termo de Assunção ou cópia do Diário Oficial com sua nomeação;

TITULAR (Pensionista De Empresas Públicas, Sociedade De Economia Mista E Fundação Estadual De Direito Privado)

- 1) Documento de Identidade com fotografia, CPF, Contracheque ou Extrato de Contribuição do INSS, Comprovante de Residência, Declaração do Órgão informando que o titular era funcionário do quadro, constando o tempo de serviço, Certidão de Casamento e Certidão de Óbito.

TITULAR (Ex-empregado de Sociedade de Economia Mista)

- 1) Documento de Identidade com fotografia, CPF, Comprovante de Residência, Declaração do Órgão informando que o titular era funcionário do quadro, constando o tempo de trabalho e a data da rescisão do contrato de trabalho.

TITULAR (Servidor Público que se aposentar à custa do Regime Geral de Previdência Social através do Cargo de Provimento temporário no serviço Público Estadual)

- 1) Documento de Identidade com fotografia, CPF, Comprovante de Residência, Carta de Concessão da Aposentadoria da Previdência Social e Certidão de tempo de serviço do Cargo de Comissão.

TITULAR (Empregados Inativos de Empresas Públicas de Economia Mista e Fundações instituídas pelo Estado)

- 1) Documento de Identidade com fotografia, CPF, Contracheque ou Extrato de Contribuição do INSS, Comprovante de Residência, Carta de Concessão da Aposentadoria Previdência Social e Declaração da empresa constando a data de admissão e desligamento.

DEPENDENTES

Companheiro (a)

- 1) Documento de Identidade com fotografia e CPF de ambos, Declaração de Convivência Marital, por instrumento público, de existência da União Estável, bem como duas provas de relação de dependência. Obs.: Em sendo divorciado (a) ou separado (a) judicialmente, certidão de casamento averbada, e, em caso de ser viúvo(a), certidão de casamento e certidão de óbito do(a) cônjuge falecido(a).

Cônjuge

- 1) Certidão de Casamento Civil atualizada nos últimos 06 meses, Documento de Identidade com fotografia e CPF do cônjuge.

Filho (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

- 1) Certidão de Nascimento ou Documento de Identidade com fotografia do(a) menor e CPF independentemente da idade.

Filho (a) (solteiro (a), tutelado (a) e enteado (a), de qualquer idade, desde que seja inválido e dependente economicamente)

- 1) Documento de Identidade com fotografia do dependente, CPF independentemente da idade, Certidão do INSS e da Prefeitura local em nome do dependente (validade de dois meses), comprovando a inexistência de vinculação previdenciária quer como segurado quer como beneficiário dos pais, Relatório Médico com CID (Data de emissão não superior a 01 ano) e Declaração de dependência econômica assinada pelo titular.

Enteado (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

- 1) Certidão de Nascimento ou Documento de Identidade com fotografia do(a) menor e Certidão de Casamento e/ou Declaração de Convivência Marital do(a) genitor(a) e CPF independentemente da idade.

Tutelado (a) (solteiro (a) menor de 18 anos)

- 1) Termo de Tutela, CPF independentemente da idade e Certidão de Nascimento ou Documento de Identidade com fotografia do menor.

AGREGADOS

Filho (a), tutelado (a), enteado (a) e ex-pensionista maior de 18 anos e menor de 24 anos

- 1) Documento de Identidade com fotografia e CPF.

Agregado Neto menor de 24 anos

- 1) Certidão de Nascimento (obrigatório), Documento de Identidade com fotografia e CPF independentemente da idade.

DECRETO Nº 17.273 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2016

Dispõe sobre as obrigações dos Órgãos da Administração Pública Direta, das Autarquias e Fundações Estatais de Direito Público, resultantes do Convênio de Adesão celebrado pelo Estado, por meio do Poder Executivo, com a Fundação de Previdência Complementar do Estado da Bahia - PREVBÁHIA e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso da atribuição que lhe confere o inciso V do art. 105 da Constituição Estadual,

DECRETA

Art. 1º - Os Órgãos da Administração Pública Direta, as Autarquias e as Fundações Estatais de Direito Público, abrangidos pelo Convênio de Adesão, celebrado pelo Estado, por meio do Poder Executivo, com a Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBÁHIA, serão responsáveis, no limite de suas atribuições, por:

I - cumprir e fazer cumprir, fielmente, as disposições legais e regulatórias do Estatuto da PREVBÁHIA, do Regulamento do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL e do Plano de Custeio, acompanhado da Nota Técnica Atuarial, assumindo os deveres e responsabilidades que lhe são atribuídos por essas alterações e observando a legislação e as condições neles estabelecidos;

II - divulgar e oferecer a inscrição no Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL a todos os potenciais participantes, na forma prevista no seu Regulamento;

III - encaminhar à PREVBÁHIA os candidatos nomeados para obterem as informações necessárias à opção pelo regime de previdência complementar;

IV - contribuir para o Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL, em conformidade com as regras aplicáveis;

V - descontar, da remuneração de seus servidores participantes do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL, as contribuições por eles devidas, recolhendo-as tempestivamente, nos termos regulamentadores, bem como recolhendo as contribuições que sejam de sua própria responsabilidade e as demais prestações que lhe couberem, arcando com os encargos que lhe competirem por atraso nesse recolhimento, conforme disposto na Lei 13.222, de 12 de janeiro de 2015, nas disposições regulatórias, no Estatuto da PREVBÁHIA, no Regulamento do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL e no respectivo Plano de Custeio;

VI - fornecer à PREVBÁHIA, em tempo hábil, as informações e dados que lhe forem requeridos e a documentação legalmente exigida, dentro das especificações que entre si venham a ajustar ou na forma exigida pelas autoridades competentes, responsabilizando-se pelos encargos, inclusive o pagamento de multas, que sejam imputados à PREVBÁHIA, em decorrência de não observância, por parte do patrocinador, das obrigações oriundas da Lei 13.222, de 12 de janeiro de 2015, do Convênio de Adesão, do Estatuto da PREVBÁHIA e do Regulamento do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL e respectivos Plano de Custeio e Nota Técnica Atuarial;

VII - fornecer à PREVBÁHIA os dados cadastrais de seus servidores participantes do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL e respectivos dependentes, e informar, de imediato, as alterações funcionais e de remuneração que ocorrerem;

VIII - comunicar à PREVBÁHIA, imediatamente, a perda da condição de servidor, se participante do Plano de Benefícios PREVBÁHIA PB CIVIL.

Parágrafo único - Compete aos setores de Recursos Humanos dos órgãos e entidades indicados no *caput* deste artigo, o cumprimento do quanto disposto nos incisos II, III, VII e VIII deste artigo.

Art. 2º - Os Órgãos da Administração Pública Direta, as Autarquias e Fundações Estatais de Direito Público, abrangidos pelo Convênio de Adesão celebrado pelo Estado, por meio do Poder Executivo, com a PREVBÁHIA, exigirão, no momento da posse dos candidatos nomeados, a assinatura do Termo de Ciência constante no Anexo Único deste Decreto.

Art. 3º - Fica estabelecida a obrigatoriedade de participação da PREVBÁHIA nos cursos de formação que sejam realizados para os novos servidores, no âmbito do Poder Executivo Estadual.

Art. 4º - Os casos omissos neste Decreto serão decididos pelo Secretário da Administração

Art. 5º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 06 de dezembro de 2016.

RUI COSTA
Governador

Bruno Dauster
Secretário da Casa Civil

João Leão
Secretário do Planejamento

Maurício Teles Barbosa
Secretário da Segurança Pública

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário da Saúde

José Geraldo dos Reis Santos
Secretário de Justiça, Direitos Humanos e
Desenvolvimento Social

Eugênio Spengler
Secretário do Meio Ambiente

Cássio Ramos Peixoto
Secretário de Infraestrutura Hídrica e Saneamento

Carlos Martins Marques de Santana
Secretário de Desenvolvimento Urbano

Marcus Benício Foltz Cavalcanti
Secretário de Infraestrutura

Fabya dos Reis Santos
Secretária de Promoção da Igualdade Racial

Jerônimo Rodrigues Souza
Secretário de Desenvolvimento Rural

José Alves Peixoto Júnior
Secretário de Turismo

Edelvino da Silva Góes Filho
Secretário da Administração

Manoel Vitorio da Silva Filho
Secretário da Fazenda

Walter de Freitas Pinheiro
Secretário da Educação

Jorge Fontes Hereda
Secretário de Desenvolvimento Econômico

Antônio Jorge Portugal
Secretário de Cultura

João Vitor de Castro Lino Bonfim
Secretário da Agricultura, Pecuária, Irrigação, Pesca
e Aquicultura

José Álvaro Fonseca Gomes
Secretário do Trabalho, Emprego, Renda e Esporte

Manoel Gomes de Mendonça Neto
Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação

Maria Olívia Santana
Secretária de Políticas para as Mulheres

Josias Gomes da Silva
Secretário de Relações Institucionais

André Nascimento Curvello
Secretário de Comunicação Social

Nestor Duarte Guimarães Neto
Secretário de Administração Penitenciária e
Ressocialização

ANEXO ÚNICO

TERMO DE CIÊNCIA

Nome do servidor			
CPF	Identidade	Orgão expedidor	Data da expedição
E-mail		Telefone fixo	Telefone celular
Cargo efetivo	Data da posse	Orgão/Entidade	

Informar a situação até a data da atual posse no cargo efetivo

- Opção 1 - Já era servidor público de cargo efetivo sem interrupção do tempo de serviço.
 Opção 2 - Não era servidor público ou era, mas teve interrupção do tempo de serviço imediatamente anterior à atual posse.

Caso tenha marcado a “Opção 1”, informar o enquadramento, marcando todas as opções verdadeiras

- A atual posse é com acumulação ao cargo efetivo anterior.
 A posse no cargo efetivo anterior foi posterior a 29.07.2016.
 O servidor é oriundo de outro Ente federativo que já instituiu o Regime de Previdência Complementar para seus servidores públicos.
 O servidor tem interesse em migrar para o Regime de Previdência Complementar.
 O servidor não se enquadra em nenhuma das opções anteriores.

Em cumprimento ao art. 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e ao Decreto nº 17.273, de 06 de dezembro de 2016, o presente instrumento visa a dar ciência, ao servidor empossado, do Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL, CNPB nº 2016.0008-56, administrado pela Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA.

Declaro ter ciência

- 1 - Das atuais regras previdenciárias aplicadas aos servidores com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016, em especial as do Regime de Previdência Complementar.
- 2 - Dos canais de atendimento da Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA.
- 3 - Que, às aposentadorias e pensões concedidas pelo Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Estado da Bahia aos servidores públicos civis indicados no § 2º do art. 1º da Lei nº 13.222, de 12 de janeiro de 2015, com vínculo com o Estado da Bahia iniciado a partir de 29.07.2016 e que estejam enquadrados na previsão do art. 2º da referida Lei, será aplicado o limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, independentemente de adesão ao Plano de Benefícios PREVBAHIA PB CIVIL.

Local e data	Assinatura do servidor
--------------	------------------------

Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos do Estado da Bahia - PREVBAHIA
Avenida Antônio Carlos Magalhães, Edifício Empresarial Thomé de Souza, nº 3244, 8º andar, Sala 817,
CEP: 41.800-700, Caminho das Árvores - Tel: 3035-1605/3034-1605 - email: faleconosco@prevbahia.ba.gov.br

Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, _____, RG/CNH nº _____,
órgão expedidor: _____, UF: _____, CPF _____, endereço
_____, CEP _____,
cidade de _____, telefone(s) (____) _____, **DECLARO** ser
isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)
exercício(s) _____ por não incorrer em nenhuma das hipóteses de
obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura

*Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.