

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE NO CARGO¹

1. Cadastro do Servidor devidamente preenchido e assinado (modelo abaixo);
2. Carteira de identidade (cópia e original);
3. CPF (cópia e original);
4. Título Eleitoral e comprovante de votação da última eleição (cópia e original) ou certidão de quitação eleitoral;
5. Certificado de Reservista ou o equivalente (cópia e original);
6. Certidão de Nascimento (cópia e original);
7. Certidão de casamento ou documento equivalente (cópia e original);
8. Documentos pessoais (RG, CPF, certidão de nascimento) de dependentes legais para fins previdenciários (cópia e original);
9. Diploma ou Habilitação legal para exercício da função (cópia e original);
10. Curriculum Vitae;
11. Declaração de não-acumulação de Cargos, Funções ou Empregos Públicos e Legislação Aplicável;
12. Declaração de Inexistência de Grau de Parentesco Impeditivo (apenas cargo comissionado);
13. Última Declaração de Imposto de Renda com o recibo de entrega na Receita Federal;
14. Comprovante do tipo sanguíneo (cópia e original);
15. Comprovante de residência (cópia e original);
16. Atestado Médico Funcional (exame deverá ser agendado junto à Coordenadoria de Saúde Qualidade de Vida, através do telefone 3317-1500 e pedir o ramal 1658);
17. Certidões civis e criminais expedidas pelos órgãos:
 - Seção de Justiça Federal de Mato Grosso do Sul; <https://www5.tjms.jus.br/servicos/certidoes/>
 - Tribunal Regional Federal; <https://web.trf3.jus.br/certidao-regional/CertidaoCivelEleitoralCriminal/SolicitarDadosCertidao>
 - Tribunal Regional Eleitoral; <https://www.tre-ms.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes>
 - Justiça Estadual de 1º e 2º graus; <https://www5.tjms.jus.br/servicos/certidoes/>
18. Comprovação de pedido de exoneração de cargo público inacumulável, - com data de exoneração a coincidir com a data de posse; (caso já seja ocupante de cargo público inacumulável);
19. Termo de Ciência de Adesão ao PREVCOM MS para servidores ocupantes de cargo efetivo;
20. Termo de Compromisso de Confidencialidade e Proteção de Dados Pessoais devidamente preenchido e assinado.

¹ Aplicável também para servidores cedidos ocupante de cargo ou função.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - SERVIDORES CEDIDOS ²

1. CPF (cópia e original);
2. Título Eleitoral e comprovante de votação da última eleição (cópia e original) ou certidão de quitação eleitoral;
3. Certificado de Reservista ou o equivalente (cópia e original);
4. Certidão de Nascimento (cópia e original);
5. Certidão de casamento ou documento equivalente (cópia e original);
6. Número de inscrição no PIS/PASEP (cópia e original), ou declaração de inexistência do mesmo;
7. Comprovante do tipo sanguíneo (cópia e original);
8. Comprovante de residência (cópia e original);
9. Termo de opção de recebimentos de auxílios;
10. Informações funcionais na origem: cargo ocupado e data da posse;
11. Último holerite;
12. Termo de Compromisso de Confidencialidade e Proteção de Dados Pessoais devidamente preenchido e assinado

² Servidores cedidos não ocupantes de função ou cargo em comissão no âmbito do Tribunal de Contas.

CADASTRO DO SERVIDOR

MATRÍCULA	NOME			
ESTADO CIVIL (0) NÃO DEFINIDO (1) SOLTEIRO (2) CASADO (3) VIUVO (4) DESQUIT/SEPARADO	DATA CASAMENTO ____/____/____	SEXO (M) (F)	CPF ____.____.____-____	DATA NASCIMENTO ____/____/____
LOCAL DE NASCIMENTO	ENDEREÇO			
	BAIRRO	CIDADE		CEP
NACIONALIDADE (10) brasileira () _____ ano chegada: _____	TELEFONE	CELULAR	RAÇA/COR (0) indígena (2) branca (4) negra (6) amarela (8) parda	
	NOME DO PAI			
	NOME DA MÃE			
PIS PASEP	RG	data emissão RG	Órgão emissor RG	UF
TÍTULO	Zona	Secção	UF	
Nº CNH	data emissão	categoria		ADMISSÃO NO TC
RESERVISTA	Série	categoria	data emissão	____/____/____
TIPO DE VÍNCULO: (30) servidor regido pelo regime jurídico único (federal, estadual, municipal) e militar - efetivo (35) servidor público não efetivo (demissível ad nutum) – comissionado				
LOTAÇÃO	TIPO DO FUNCIONÁRIO (1) efetivo aposentado (6) comissionado – aposentado (10) aposentado – MPE (2) efetivo (7) efetivo – incorporado (11) aposentado - Especial (3) comissionado (8) comissionado – MPE (4) efetivo c/ cargo comissão (9) pensionista especial			
CARGO EFETIVO: _____ Código: _____ Classe: _____				
CARGO COMISSÃO _____ Código: _____				

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Declaro para fins de IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte, que estão sob minha dependência econômica os seguintes dependentes:

NOME	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE DEPENDÊNCIA	INSTRUÇÃO	CPF
01-					
02-					
03-					
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					

***ANEXAR CÓPIA DE CPF DOS DEPENDENTES LISTADOS**

GRAU DE DEPENDÊNCIA: 01- FILHO 02- CÔNJUGE 03- PAI/MÃE 05- MENOR SOB GUARDA E POSSE 06- ENTEADO (A) 07- SOBRINHO (A) 08- OUTROS	GRAU DE INSTRUÇÃO: 01- ANALFABETO 02- ATÉ A 4ª SÉRIE INCOMPLETA 03- 4ª SÉRIE COMPLETA 04- 5ª À 8ª SÉRIE INCOMPLETA 05- 1º GRAU COMPLETO 06- 2º GRAU INCOMPLETO 07- 2º GRAU COMPLETO 08- SUPERIOR INCOMPLETO 09- SUPERIOR COMPLETO
---	---

E, por ser verdade, dou fé, assino e assumo quaisquer responsabilidades a respeito da presente declaração.

Campo Grande, _____ de _____ de 20____.

SERVIDOR.

	TRIBUNAL DE CONTAS DE MATO GROSSO DO SUL Diretoria de Gestão de Pessoas
---	---

TERMO DE CIÊNCIA DE ADESÃO AO PREVCOM MS*
--

Prezado(a) servidor(a),

O Plano de Benefícios dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul é administrado pela Fundação de Previdência Complementar dos Servidores Públicos de Mato Grosso do Sul (PREVCOM MS), instituído por meio da Lei Complementar nº 261, de 21.12.2018, publicada no Diário Oficial do Estado nº 9.807 em 26.12.2018.

A regra de inscrição no referido regime de previdência complementar aplica-se aos servidores públicos estaduais com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, que ingressaram no serviço público a partir de **13 de julho de 2020**, de acordo com § 2º do art. 1º da referida Lei Complementar.

Fica também assegurado ao participante o direito de requerer, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição, nos termos do regulamento do plano de benefícios. Na hipótese de o cancelamento ser requerido no prazo de até 90 (noventa) dias da data do exercício, fica assegurado o direito à restituição integral das contribuições vertidas, a ser paga em até sessenta dias do pedido de cancelamento, atualizadas pela variação das cotas do plano de benefícios, nos termos do §8º, do art. 1º da Lei Complementar nº 261/2018.

Maiores informação <https://www.prevcomms.com.br/>

Nome do Servidor(a):
Campo Grande, ____ / ____ / ____.
Assinatura:

TERMO DE OPÇÃO DE RECEBIMENTOS DE AUXÍLIOS

NOME:

ÓRGÃO DE ORIGEM:

ÓRGÃO DE DESTINO: TRIBUNAL DE CONTAS MS

Declaro estar ciente de que:

a) Os auxílios alimentação, saúde e transporte são inacumuláveis com outros de espécie semelhante, nos termos da Resolução TCE-MS 190/2023, Resolução TCE-MS 189/2023 e Resolução TCE-MS 217/2024.

b) A inveracidade das informações prestadas constitui falta grave, passível de sanção penal e administrativa, além de acarretar a suspensão do benefício e o ressarcimento dos valores porventura percebidos indevidamente.

c) Opto por receber os seguintes auxílios no meu órgão de destino:

() Auxílio Alimentação

() Auxílio Saúde

() Auxílio Transporte

Campo Grande/MS,

ASSINATURA