



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO I - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE

Nº	Documentos
1.	Carteira de Identidade (RG) e cadastro de pessoa física (CPF)
2.	Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral
3.	Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou equivalente
4.	Certificado de reservista ou dispensa de incorporação (apenas para o sexo masculino)
5.	Comprovante de inscrição PIS/PASEP ou, se não estiver cadastrado, negativa expedida pela Caixa Econômica Federal ou Banco do Brasil
6.	Comprovante de escolaridade e/ou outros requisitos necessários para o exercício do cargo pretendido, conforme item 1.1.1 do Edital nº 01/2020 e suas retificações. Obs.: se o registro profissional não possuir validade, solicitar certidão para o órgão expedidor
7.	Laudo Médico (exame médico admissional) emitido pelo Setor de Medicina do Trabalho do Município – Anexo II
8.	Declaração que não acumula cargo, emprego ou função pública que caracterizem acumulação ilícita; e que não percebe proventos de aposentadoria civil (servidor público civil) ou militar – Anexo III
9.	Declaração de Bens e Valores que constituem seu patrimônio ou cópia da última Declaração de Imposto de Renda – Anexo IV
10.	Certidões negativas Civil e Criminal da Justiça Estadual
11.	Certidões negativas Civil e Criminal da Justiça Federal
12.	Comprovante de endereço/residência (água, luz ou telefone fixo) atualizado e em nome próprio; ou, no caso de comprovante em nome de terceiros, declaração do titular, devidamente reconhecida em cartório, de que o candidato reside no respectivo endereço – Anexo V
13.	Declaração de Veracidade das Informações e Documentos – Anexo VI
14.	Foto 3x4 (digitalizada)

Observações:

1.Somente serão aceitos como documentos de identidade: Carteiras e/ou Cédulas de Identidade expedidas pelas Secretarias de Segurança Pública, Forças Armadas, Ministério das Relações Exteriores, ou Polícia Militar; Cédulas de Identidade fornecidas por Órgãos Públicos ou Conselhos de Classe que, por força de Lei Federal, são válidos como documentos de identidade; Certificado de Reservista; Passaporte (dentro da validade); Carteira de Trabalho e Previdência Social, bem como Carteira Nacional de Habilitação (somente modelo com foto) e Cédula de Identidade para Estrangeiros. Caso o candidato tenha documento de Identidade aberto ou avariado ou com foto desatualizada, deverá portar outro documento (dentro os acima citados).

2.Não serão aceitos como documentos de identidade: somente a cópia do documento de identidade, ainda que autenticada, protocolo de documentos, certidões de nascimento, títulos eleitorais, carteiras de motorista (modelo antigo), carteiras de estudante, carteiras funcionais, CPF ou qualquer outro documento sem valor de identidade, bem como documentos abertos, ou avariados, ou com foto desatualizada, ou ilegíveis, ou, ainda, não identificáveis.

3. A prova da escolaridade deverá ser feita mediante apresentação de histórico, diploma, certificado, declaração ou atestado de conclusão expedido pela Instituição responsável, devidamente reconhecida pelo órgão competente. No caso da apresentação de declarações ou atestados de conclusão, estes deverão conter as informações de finalização de todas as etapas necessárias para a conclusão do curso. Quanto aos demais requisitos, o candidato deverá fazer prova, mediante apresentação do documento legal, expedido por órgão regulamentador (registro, inscrição, CNH, entre outros).

4. Para fins de registro, é imprescindível que o candidato possua número no cadastro de pessoa física – CPF – regularizado (atualizado).

5.ATENÇÃO: O preenchimento de todos os requisitos necessários elencados no item 1.2 do edital e seus subitens, quando da posse, é inteira e total responsabilidade do candidato, que deverá comprová-los mediante a apresentação das vias originais dos comprovantes, acompanhadas de fotocópia simples e legível (no que couber), **sujeito ao indeferimento da posse.**



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Certidões:

1. Certidões negativas cível e criminal da Justiça Estadual:

<http://www.tjrs.jus.br>

2. Certidões negativas cível e criminal da Justiça Federal - 4º região:

<http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>

3. Certidão de Quitação Eleitoral:

<http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO II

LAUDO MÉDICO

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria o(a) servidor(a) a ser nomeado(a) para desempenhar as atribuições do cargo de com o objetivo de ser submetido(a) a Exame Médico Admissional.

Santa Maria, // 2022.

PARECER

() CANDIDATO APTO

Declaro que o(a) referido(a) servidor(a) foi submetido(a) a Exame Médico Admissional e encontra-se, no momento, em perfeitas condições de saúde física e mental para o exercício do cargo para o qual foi nomeado.

Santa Maria, ___/___/___.

Médico: _____.

() CANDIDATO INAPTO

Declaro que o(a) referido(a) servidor(a) foi submetido(a) a Exame Médico Admissional e foi considerado(a) INAPTO para o exercício do cargo para o qual foi nomeado(a), pelas razões abaixo descritas:

Santa Maria, ___/___/___.

Médico: _____.

Setor de Medicina do Trabalho do Município – Coordenadoria de Engenharia de
Segurança do Trabalho da Saúde do Servidor – CENTRAS
EXAME MÉDICO – 3921 1095 ou 99167 8524 (WhatsApp)
Praça Aristides Miranda Brum, nº 303, sala 01 – Santa Maria/RS



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Eu _____, inscrito no CPF _____ e no RG _____, domiciliado _____ na _____ Rua _____ fone _____, declaro para fins de posse no cargo _____ que:

1. Não exerço qualquer outro cargo, emprego ou função pública, em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais, bem como em Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia, Mista e Fundações Públicas, conforme disposto no inciso XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal/1988; e

2. Não percebo proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal/1988, em atendimento ao disposto no seu art. 37, § 10.

***Se for o caso, anexar o comprovante de provento e/ou cargo, emprego ou função municipal, estadual e/ou federal que o declarante possuir.**

Santa Maria, _____ de _____ de 20____.

Assinatura (declarante): _____



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES ¹

1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO			
NOME:			
CPF:			
TÍTULO DE ELEITOR:			
DATA DE NASCIMENTO:			
ENDEREÇO COMPLETO:			
CEP:		E-MAIL:	
MUNICÍPIO/UF:		TELEFONE:	
2. DEPENDENTES			
CPF:	GRAU DE DEPENDÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO:	
3. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELO TITULAR			
NOME DA FONTE PAGADORA:			
CNPJ RENDIMENTOS – R\$			
TOTAL			
INFORMAR PRINCIPAL FONTE PAGADORA: CNPJ:			
4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES			
NOME DA FONTE PAGADORA CNPJ DO DEPENDENTE			
RENDIMENTOS – R\$			
TOTAL:			
5. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICAS E DO EXTERIOR (TITULAR)			
MÊS	PESSOA FÍSICA(A)	EXTERIOR	TOTAL REND. (R\$)
JAN			
FEV			
MAR			

- 1 () Declaração de Ingresso. Preencher os itens 1, 2, 8, 9, 11 e 12.
() Declaração de desligamento. Preencher todos os itens.
() Declaração de atualização anual. Preencher todos os itens, com informações relativas aos rendimentos auferidos no exercício anterior e ao patrimônio do último dia do exercício anterior.



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ABR			
MAI			
JUN			
JUL			
AGO			
SET			
OUT			
NOV			
DEZ			
TOTAL			

6. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICA E DO EXTERIOR (DEPENDENTES)

MÊS	PESSOA FÍSICA(A)	EXTERIOR	TOTAL REND. (R\$)
JAN			
FEV			
MAR			
ABR			
MAI			
JUN			
JUL			
AGO			
SET			
OUT			
NOV			
DEZ			
TOTAL			

7. OUTROS RENDIMENTOS

DISCRIMINAÇÃO RENDIMENTOS – R\$	
Bolsa de estudo e pesquisa, desde que não represente vantagem ao doador e não caracterize contraprestação de serviço.	
Capital da apólice de seguro ou pecúlio pago por morte de segurado restituído em qualquer caso e pecúlio recebido de entidades de previdência privada em decorrência de morte ou invalidez permanente	
Indenizações por rescisão de contrato de trabalho, inclusive a título de PDV, e por acidente de trabalho, e FGTS.	
Lucro de alienação de bens e direitos de pequeno valor e/ou do único imóvel, redução do ganho de capital.	
Lucros e dividendos recebidos.	
Parcela isenta de proventos de aposentadoria, reserva remunerada, reforma e pensão de declarante com 65 anos ou mais.	



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

Pensão, proventos de aposentadoria ou reforma por moléstia grave e aposentadoria ou reforma por acidente em serviço.		
Rendimentos de cadernetas de poupança e letras hipotecárias.		
Rendimentos de sócio ou titular de microempresa ou empresa de pequeno porte, optante pelo simples, exceto pro labora, aluguéis e serviços prestados.		
Transferências patrimoniais, doações, heranças, meações e dissolução da sociedade conjugal ou unidade familiar.		
Décimo terceiro salário.		
Rendimentos e aplicações financeiras (especificar cada uma)		
Outros rendimentos do titular (especifique)		
TOTAL		
8. DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS		
Informar: DATA, VALOR DE AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatários com CPF), QUANDO FOR O CASO		SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO R\$
DESCRIÇÃO DO BEM/DIREITO		
TIPO (*)	ANO DE	ANO DE
TOTAL		
(*) TIPO: Imóveis – Terreno, apartamento, casa, loja, outros; veículos, embarcações, semoventes, dinheiros, títulos, ações e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais localizados no País ou no Exterior.		
9. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS		
Discriminar dívidas de ônus reais – nome do beneficiário ou credor		SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$
	ANO	ANO
TOTAL		
10. INFORMAÇÕES DOS CÔNJUGE E DOS DEMAIS DEPENDENTES		
CPF	RENDIMENTOS R\$	



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

11. BENS DO CÔNJUGE E DEMAIS DEPENDENTES				
Os bens de cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () sim () não				
Caso negativo discriminar abaixo				
DISCRIMINAÇÃO BEM/DIREITO Informar: DATA, VALOR DE				
AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatários com CPF), QUANDO FOR O CASO		SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$		
DESCRIÇÃO DO BEM	CPF	TIPO	ANO	ANO
12. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS DO CÔNJUGE E DEMAIS DEPENDENTES				
As dívidas e ônus reais do cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () sim () não				
Caso negativo discriminar abaixo.				
DISCRIMINAÇÃO DA DÍVIDA		SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$		
DESCRIÇÃO DO BEM	CPF	TIPO	ANO	ANO
DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS PODERÁ ENSEJAR A RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, PENAL E CIVIL.				
Data:				
Assinatura do Agente Público:				

Atendimento às Leis Estaduais nº 12.036/2003, 12.980/2008, Lei Federal nº 8.426/1992 e resolução nº 963/2012 do Tribunal de Contas do Estado.



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(por terceiros)

Eu, _____, nacionalidade BRASILEIRA,
estado civil _____, profissão _____,
RG nº _____ e CPF nº _____,
DECLARO, para os devidos fins, que _____,
nacionalidade BRASILEIRA, estado civil _____,
profissão _____,
RG nº _____ e CPF nº _____, reside
no _____ seguinte endereço:

Declaro, ainda, estar ciente de que declaração falsa de endereço constitui crime de falsidade ideológica – Art. 299 do CP.

Santa Maria (RS), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Observação: documento obrigatório somente para quem resida em endereço de terceiros.



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTOS

Nome: _____

Estado civil: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____

Telefone: (____) _____ e-mail: _____

Residente/Domiciliado: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

DECLARO, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, serem autênticos e verdadeiros todos os documentos e as informações apresentados a partir da convocação pelo Edital nº 03/2022 e expedição da Portaria nº ____/2022/RH/IPASSP.

Santa Maria (RS), ____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO VII

TERMO DE DESISTÊNCIA DE NOMEAÇÃO

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, CPF nº _____, aprovado(a) para provimento do cargo de _____ do concurso público realizado de acordo com o Edital nº _____, de _____ de _____ de 20____, e convocado(a) através do Edital nº _____, de _____ de _____ de 20____, classificado(a) na _____ colocação, venho expressamente apresentar **TERMO DE DESISTÊNCIA** para o referido cargo, ficando esse Instituto autorizado a nomear o próximo candidato da lista de aprovados.

Santa Maria, RS, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato

Observação: documento obrigatório somente para quem tenha interesse em desistir de tomar posse do cargo.



IPASSP-SM

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTA MARIA**

ANEXO VIII

TERMO DE PRORROGAÇÃO DA POSSE

Ao Setor de Recursos Humanos

Eu, _____, aprovado (a) no Concurso Público realizado de acordo Edital nº _____, de _____ de _____ de 20____, e homologado através do Edital nº _____, de _____ de _____ de 20____, para o cargo de _____, ato de convocação publicado no Edital nº _____/SAGP, de _____ de _____ de 20____, venho respeitosamente perante Vossa Senhoria, com base no art.17, § 1º da Lei Municipal nº 3.326/91, requerer a **PRORROGAÇÃO** do prazo para a **POSSE** por mais 15 (quinze) dias, a contar de _____ de _____ de 20____.

Santa Maria (RS), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Observação: documento obrigatório somente para quem tenha interesse em solicitar prorrogação do prazo para tomar posse do cargo.