

**ANEXO I DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO**

*TIMBRE/CARIMBO DO ÓRGÃO DE SAÚDE*

**ATESTADO**

Atesto, para os devidos fins, que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, RG n.º  
\_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, encontra-se apto (a) para realizar atividades de  
esforços físicos, podendo participar das aulas práticas do Curso de Formação  
Técnico-Profissional.

\_\_\_\_\_  
Local e data

(máximo de 30 dias de antecedência à data de matrícula).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional  
Carimbo/CRM



**ANEXO II DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**DECLARAÇÃO DE NÃO CUMPRIR SANÇÃO POR INIDONEIDADE**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, inscrito (a) no  
CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter pleno  
conhecimento do disposto na Lei Complementar Federal nº 135, de 4 de junho de  
2010, e na Lei nº 2.744, de 9 de agosto de 2013, regulamentada pelo Decreto nº  
4.883, de 5 de setembro de 2013.

Declaro, mais, não incorrer em nenhuma das hipóteses de impedimento para a  
investidura em cargo público, exercício de função comissionada ou contrato de  
emprego público na administração pública direta e indireta dos Poderes do Estado,  
disciplinadas no Decreto 4.883/2013.

Assumo, igualmente, o compromisso de comunicar ao meu superior hierárquico  
eventual impedimento superveniente aos atos de minha admissão no serviço público.  
DECLARO, finalmente, sob minha responsabilidade pessoal, na conformidade da Lei  
Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1.983, e no art.299 do Código Penal (Falsidade  
Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Palmas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO III DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS (QIC)**

Foto 3X4

**FORMULÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO SOCIAL**

**DADOS PESSOAIS**

**NOME:** (não abreviar)

**NOME ANTERIOR:** (nome de solteira [o])

**ALCUNHA:**

**RG:**

**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**

**DATA DE EXPEDIÇÃO:**

**CPF N.º:**

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**TÍTULO ELEITORAL N.º**

**ZONA:**

**SEÇÃO**

**UF:**

**NACIONALIDADE:**

**NATURALIDADE:**

**UF:**

**CNH N.º**

**UF:**

**VALIDADE:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**SITUAÇÃO MILITAR:**

**RESERVISTA OU CERT. DE DISPENSA N.º:**

**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**

**DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**FILIAÇÃO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>N.º DE FILHOS:</b>	<b>DESTRO:</b>
----------------------	-----------------------	----------------

**POSSUI QUANTOS IRMÃOS:** \_\_\_\_\_

**CASO POSITIVO RELACIONE NOME(S) E IDADE(S):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POSSUI PARENTE ATÉ 2º GRAU QUE TRABALHE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO TO?** \_\_\_\_\_

**CASO POSITIVO INFORME NOME, CARGO E LOTAÇÃO:** (use o verso da folha, se necessário)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DADOS DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO (A)**

**NOME:** (Não abreviar) \_\_\_\_\_

**NOME ANTERIOR:** (se o caso) \_\_\_\_\_

**RG N.º** \_\_\_\_\_ **ÓRGÃO EXP.:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **CPF N.º** \_\_\_\_\_

**TELEFONE (S) RESIDENCIAL:**

**CELULAR (ES):**

**E-MAIL (S)**

**ENDEREÇOS:** (Dados completos, logradouro, cidade, bairro, Estado)

**RESIDÊNCIA ATUAL:**

**DESDE QUANDO RESIDE NESTE ENDEREÇO:**

**RESIDE EM CASA PRÓPRIA / ALUGADA OU CEDIDA:**





**EM CASO DE RECADO COM QUEM FALAR?** (Nome da pessoa, telefone, endereço)

---

---

---

**REFERÊNCIAS PESSOAIS** (Sem ser da família)

- 1- **Nome:**  
**Endereço completo:**  
**Telefones:**
  
- 2- **Nome:**  
**Endereço completo:**  
**Telefones:**
  
- 3- **Nome:**  
**Endereço completo:**  
**Telefones:**

**DADOS FUNCIONAIS**

**EMPREGO ATUAL:** (Citar o nome do empregador, cargo ou função, endereço e telefone)

---

---

---

---

---

**EMPREGOS ANTERIORES:** (Cite os dois últimos empregos, se for o caso, indicando cargo ou função, endereço e telefone)

---

---

---

---

---

---

**POSSUI EMPRESA EM SEU NOME OU PERTENCE AO QUADRO SOCIETÁRIO DE ALGUMA?**

---

---

---

---



**DADOS ESCOLARES**

(Citar o nome e endereço da escola/faculdade e o ano de conclusão)

**ENSINO FUNDAMENTAL:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ENSINO MÉDIO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**SUPERIOR/PÓS GRADUAÇÃO – Nomes do (s) curso (s) e estabelecimento de ensino:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANTECEDENTES (Preenchimento obrigatório)**

1. Já foi detido ou preso?

---

---

2. Respondeu ou responde a Inquérito Policial?

---

---

3. Respondeu ou responde a Inquérito Policial Militar (Justiça Militar)?

---

4. Respondeu ou responde a Processo na Justiça Federal?

---

---





5. Respondeu ou responde a Processo na Justiça Estadual?

---

---

6. Respondeu ou responde a Processo na Justiça Eleitoral?

---

---

7. Foi beneficiado pela Lei 9.099/95 (que dispõe sobre as informações penais de menor potencial ofensivo – suspensão do processo, artigo 89)?

---

---

8. Respondeu ou responde a Ação Civil?

---

---

9. Se Servidor Público Estadual, Municipal ou Federal, já respondeu a Sindicância Disciplinar, Inquérito Administrativo, etc.?

---

---

10. Tem títulos protestados?

---

---

11. Está Cadastrado no SPC/DPC/SERASA?

---

---

Obs.: Em caso de resposta positiva em alguns destes itens, indicar abaixo o número do Inquérito e/ou Processo, Tribunal, Vara, data de instauração e motivo:

---

---

---

---

---

---





12. Já visitou ou visita pessoa presa? Caso positivo, quem, qual razão de estar preso e estabelecimento prisional de internação:

---

---

---

---

---

---

---

**DADOS BANCÁRIOS:**

Indique o (s) Banco (s) em que possui conta bancária e/ou Caderneta de Poupança:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente n.º \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente n.º \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente n.º \_\_\_\_\_

**DADOS PATRIMONIAIS**

Relacione os bens imóveis (citando os endereços), móveis e de capital que possui: (use o verso desta folha se necessário)

---

---

---

---

---

---

---

**OUTROS DADOS**

Relacione suas principais habilidades.

---

---

---

---

---

Quais os esportes que pratica?

---

---

---

---

---





Quais os hobbies?

---

---

---

---

Você tem vícios? (fumo, bebida, etc.)

---

---

---

---

Você já experimentou algum tipo de droga? Qual? (maconha, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, etc.)

---

---

---

---

Por que pretende ingressar no Quadro do Sistema Penitenciário Tocantinense?

---

---

---

---

Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, que não omiti fato algum sobre minha vida pregressa, que conheço a finalidade de confirmação das informações prestadas para verificar se possuo conduta irrepreensível e idoneidade moral inatacável para exercer o cargo.

Palmas-TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO IV DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**FICHA CADASTRAL PARA CONCESSÃO DE AJUDA DE CUSTO**

CARGO:		DATA DE NASCIMENTO:	
NOME:		____/____/____	
IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSÃO:	UF:	DATA DE EMISSÃO:
			____/____/____
CPF:	SEXO:	NATURALIDADE:	
NACIONALIDADE			
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
SETOR:	CEP:	CIDADE	UF:
DDD:	FONE:	CELULAR:	
ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):			

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS		
BANCO:	AGÊNCIA	CONTA:

Por serem verdade as informações acima informadas, firmo e assino a presente declaração.

Palmas/TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO V DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,

\_\_\_\_\_ candidato no Concurso do Quadro da Defesa Social e Segurança Penitenciária assumo o compromisso de ressarcir o erário do Estado do Tocantins, corrigido monetariamente, os valores recebidos a título de ajuda de custo durante a realização do Curso de Formação Técnico-Profissional, em caso de desistência ou abandono do curso.

Palmas/TO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO VI DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Eu \_\_\_\_\_ R  
G nº \_\_\_\_\_, inscrição nº \_\_\_\_\_ candidato(a) do Curso de  
Formação para o CARGO:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Técnico em Defesa Social                             |
| <input type="checkbox"/> | Técnico Socioeducador                                |
| <input type="checkbox"/> | Assistente Socioeducativo<br>(Técnico em Enfermagem) |

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Analista em Defesa Social                |
| <input type="checkbox"/> | Analista Socioeducador                   |
| <input type="checkbox"/> | Assistente Socioeducativo<br>(Motorista) |

Com base no Regimento Interno do Curso de Formação Técnico-Profissional **solicito:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 01. Prova em Braille                            |
| <input type="checkbox"/> | 02. Prova ampliada para fonte                   |
| <input type="checkbox"/> | 03. Uso de Sorobã e/ou Lupa                     |
| <input type="checkbox"/> | 04. Ledor                                       |
| <input type="checkbox"/> | 05. Escrevedor para elipses                     |
| <input type="checkbox"/> | 06. Escrevedor para Redação                     |
| <input type="checkbox"/> | 07. Intérprete de Libras                        |
| <input type="checkbox"/> | 14. Outros (descrever necessidade<br>especial): |

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 08. Uso de aparelho auditivo    |
| <input type="checkbox"/> | 09. Acesso facilitado           |
| <input type="checkbox"/> | 10. Uso de medicamentos         |
| <input type="checkbox"/> | 11. Acompanhante (fora da sala) |
| <input type="checkbox"/> | 12. Tempo Adicional             |
| <input type="checkbox"/> | 13. DosVox                      |

---

---

---

---

**OBRIGATÓRIA** apresentação de Atestado Médico contendo a descrição da  
necessidade e o número do CID correspondente.

Palmas/TO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO VII DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
DOS SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL E SEGURANÇA  
PENITENCIÁRIA**

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGOS PÚBLICOS**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) à \_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_, fone: \_\_\_\_\_, DECLARO, perante o Poder Executivo Estadual do Tocantins, consoante o disposto no § 4º, do art. 14, de Lei nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, sob pena de responsabilidade civil e administrativa, que: Não exerço cargo, emprego ou função pública, neste Estado ou nos seus Municípios, na União, no Distrito Federal, em outro Estado da Federação ou seus Municípios, abrangendo a Administração Direta e Indireta.

Exerço o cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo.

Encontro-me na inatividade no cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo.

Encontro-me cedido ou licenciado do cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo.

Cargo, Emprego ou Função Pública declarado (a): \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_

Cidade/UF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

