



**ANEXO I DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS
SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

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 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 QUADRO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

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 QUADRO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS (QIC)

Foto 3 X 4

FORMULÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO SOCIAL		
DADOS PESSOAIS		
NOME (NÃO ABREVIAR):		
NOME ANTERIOR (SOLTEIRA [O])		
ALCUNHA		
RG:	ÓRGÃO EXPEDIDO	DATA DE EXPEDIÇÃO
		/ /
CPF:	DATA DE NASCIMENTO	
	/ /	







Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

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: _____



Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

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)



Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

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)

Já foi detido ou preso?

Respondeu ou responde a Inquérito Policial?

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

Respondeu ou responde a Processo na Justiça Federal?

Respondeu ou responde a Processo na Justiça Estadual?

Respondeu ou responde a Processo na Justiça Eleitoral?

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



Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

Respondeu ou responde a Ação Civil?

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

Tem títulos protestados?

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:



SECRETARIA
DE CIDADANIA
E JUSTIÇA

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

[illegible]



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 .nº _____

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.)



Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

Por que pretende ingressar no Quadro do Sistema Socioeducativo 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, ____ de _____ de 2018.

Assinatura



Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

**ANEXO IV DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS
SERVIDORES INTEGRANTES DO QUADRO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

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:



**GOVERNO DO
ESTADO DO
TOCANTINS**

SECRETARIA
DE CIDADANIA
E JUSTIÇA

Esplanada dos Secretarias, Praças dos Girassóis, Centro – Caixa Postal Nº216 – CEP: 77.001-970 – Palmas - TO

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

Palmas, ____ de _____ de ____.

Assinatura



**ANEXO V DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS
SERVIDORES INTEGRANTES DO QUADRO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

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
Profissional, em caso de desistência ou abandono do curso.

Palmas, _____ de _____ de _____.

Assinatura



**ANEXO VI DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS
SERVIDORES INTEGRANTES DO QUADRO DEFESA SOCIAL - SISTEMA
SOCIOEDUCATIVO**

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____ RG nº _____
_____, inscrição nº _____ candidato(a) do Curso de Formação
Profissional para o CARGO:

☐	Assistente Socioeducador
☐	Técnico Socioeducador
☐	Analista Socioeducador

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

☐	01. Prova em Braile	☐	08. Uso de aparelho auditivo
☐	02. Prova ampliada para fonte	☐	09. Acesso facilitado
☐	03. Uso de Sorobã e/ou Lupa	☐	10. Uso de medicamentos
☐	04. Ledor	☐	11. Acompanhante (fora da sala)
☐	05. Escrevedor para elipses	☐	12. Tempo Adicional
☐	06. Escrevedor para Redação	☐	13. DosVox
☐	07. Intérprete de Libras		

III Outros (descrever necessidade especial):



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

Palmas, ____ de ____ de ____.

Assinatura



**ANEXO VII DO REGULAMENTO DO CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
DOS SERVIDORES INTEGRANTES DO QUADRO DEFESA SOCIAL -
SISTEMA SOCIOEDUCATIVO**

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):



**GOVERNO DO
ESTADO DO
TOCANTINS**

**- Secretaria de Cidadania e Justiça
Assessoria Jurídica**

Carga Horária:

Órgão:

Cidade/UF:

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura