

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL

Gerência de Registros Funcionais

NOMEADOS PRIMEIRA VEZ NO GDF

Nome:	
	Três fotos 3 x 4 coloridas e atuais
	Atestado médico admissional
	Carteira de Identidade e CPF
	Título Eleitoral
	PIS ou PASEP com data de cadastramento
	Diploma ou Certificado de escolaridade
	Comprovante de Residência atualizado – Água, luz ou Telefone fixo (se em nome de terceiros, trazer declaração de residência reconhecida firma ou contrato de aluguel)
	Certidão de casamento
	Certidão de Nascimento dos filhos menores de 18 anos
	Comprovante de abertura de conta no Banco de Brasília – BRB
	Certificado de reservista ou Dispensa de incorporação
	Comprovante de tipagem sanguínea
	Cópia da declaração do Imposto de Renda detalhada
	Certidões negativas da Justiça Federal, Cível e Criminal (TRF1)
	Certidões negativas da Justiça Distrital Cível e Criminal (TJDFT)
	Certidões negativas da Justiça Eleitoral Crime e Quitação (TSE)
	Certidão negativa da Justiça Militar Federal (STM)
	Certidão Negativa expedida pelo Banco Central do Brasil (Administração e Instituição em Liquidação Extrajudicial)
	Certidão negativa Tribunal de Contas do DF (Certidão de Julgamento de Contas)

2. SITUAÇÃO FUNCIONAL

<input type="checkbox"/> QPDF		<input type="checkbox"/> REQUISITADO		<input type="checkbox"/> SEM VÍNCULO	
2.1. Cargo Efetivo:			Especialidade:		Classe/Padrão:
2.2. Cargo/Função em Comissão:					
Ato de Nomeação/Designação:	DODF Nº:	Data DODF:	Classificação:	Data de Posse:	Data de Exercício:
SE REQUISITADO, APRESENTAR CONTRACHEQUE E PREENCHER OS DADOS ABAIXO:					
Órgão/Entidade de Origem:					
Cargo/Emprego:			Nº do Ofício de Requisição:		
Data do Of. De Requisição:		Nº do Of. De Apresentação:		Data:	
Regime Jurídico: <input type="checkbox"/> Lei 840/2011 <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Lei Complementar 840/2011 <input type="checkbox"/> Outros		Com ônus: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Prazo da Requisição:	

3. OPÇÃO

<input type="checkbox"/> Manifesto opção para perceber remuneração do Cargo Efetivo especificado no campo 2.1., acrescido exclusivamente do correspondente à representação mensal do Cargo Comissionado especificado no campo 2.2., nos termos do Art. 3º da Lei nº 1.141/96.
<input type="checkbox"/> Manifesto para perceber a remuneração integral do Cargo em Comissão especificado no campo 2.2.

4. DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO

Declaro para os devidos fins que _____ cargo/emprego/função na Administração Pública. (ACUMULO/NÃO ACUMULO)		
SE ACUMULAR, APRESENTAR CONTRACHEQUE E PREENCHER OS DADOS ABAIXO:		
Órgão/Entidade:	Cargo/Emprego/Função:	
Regime Jurídico:	Carga Horária:	Horário de Trabalho: _____ às _____
Data de Exercício:	Esfera: <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> DISTRITAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
PERCEBE PROVENTOS DE APOSENTADORIA, PENSÃO OU REFORMA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
SE AFIRMATIVO, APRESENTAR CONTRACHEQUE E PREENCHER OS DADOS ABAIXO:		
Órgão ou Entidade:		
Cargo/Emprego ou Função:		
Data de Aposentadoria/Pensão ou Reforma:		Matrícula:
Esfera: <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> DISTRITAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL		

5. DECLARAÇÃO DE BENS

Declaro para os devidos fins que, nesta data, o meu patrimônio é constituído dos seguintes bens e valores:	
Bens	Valor

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob minha responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas.	
_____	_____
Local e Data	Assinatura

7. RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO SETOR DE GESTÃO DE PESSOAS

_____	_____
Local e Data	Assinatura



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO
FEDERAL

ANEXO ÚNICO
DECRETO Nº36,238, DE 1º DE JANEIRO DE 2015, DODF Nº 01, DE 01 DE JANEIRO DE 2015

**DECLARAÇÃO INEXISTÊNCIA DE CAUSA
DE INELEGIBILIDADE E DE IMPEDIMENTOS**

Nome:	Matrícula:
Cargo Efetivo:	Especialidade:
Cargo/Função em Comissão:	Símbolo:

DECLARAÇÃO DE INELEGIBILIDADE E DE IMPEDIMENTOS

Declaro para os fins previstos na Lei Complementar nº 135, de 04 de junho de 2010, "Lei da Ficha Limpa" e no Decreto Distrital nº 33.564/2012, que não estou inelegível e nem impedido para posse e exercício na Administração Pública do Distrito Federal, estando apto a apresentar, a qualquer tempo, todas as certidões nele requeridas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de incursão no disposto no Art. 299, do Código Penal Brasileiro

Local e Data

Assinatura



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO
FEDERAL

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE COMÉRCIO

LEI COMPLEMENTAR N°840, DE 23/12/2011

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome:		Matrícula:
Cargo Efetivo:	Especialidade:	
Cargo/Função em Comissão:		Símbolo:

DECLARAÇÃO

Em atendimento ao previsto nos incisos IX e X, do art 193, da Lei Complementar n°840, de 23/12/2011, **declaro que:**

- não exerço o comércio, não sou acionista, cotista ou comandatário de empresa
- não participo de gerência ou administração de sociedade ou empresa privada, personificada ou não personificada
- exerço comércio na condição de acionista
- exerço comércio na condição de cotista
- exerço comércio na condição de comandatário
- participo de gerência/administração em instituição beneficente filantrópicas, de caráter social e humanitário, sem fins lucrativos, em horário compatível com a jornada de trabalho

EMPRESA/INSTITUIÇÃO	CNPJ	CARGA HORÁRIA	HORÁRIO DE TRABALHO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de incursão no disposto no Art. 299, do Código Penal Brasileiro

Local e Data

Assinatura



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO
FEDERAL

DECLARAÇÃO DE BENS E RENDIMENTOS

LEI COMPLEMENTAR Nº840, DE 23/12/2011, Art 18, inciso II, alínea "a", §3º

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome:		Matrícula:
E-mail:		Telefone:
Cargo Efetivo:	Especialidade:	
Cargo/Função em Comissão:		Símbolo:

Rendimentos relativos ao exercício de: _____

RENDIMENTO(S) RECEBIDO(S) DE PESSOA(S) JURÍDICAS(S):

NOME DA FONTE PAGADORA	CNPJ	VALOR
1.		
2.		
3.		
TOTAL(A)		

RENDIMENTO(S) RECEBIDO(S) DE PESSOA(S) FÍSICA(S):

NOME DA FONTE PAGADORA	CNPJ	VALOR
1.		
2.		
3.		
TOTAL(B)		

TOTAL DOS RENDIMENTOS (A+B)

DECLARAÇÃO DE BENS

BEM	VALOR

Data:

Assinatura:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO
FEDERAL

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

DECRETO N°32.751 DE 04/02/2011, PUBLICADO NO DODF N°26, DE 07/02/2011

Eu, _____,
CI/RG n° _____ SSP/_____, CPF n° _____,
matrícula n° _____, lotado no(a) _____,
Cargo efetivo ou comissionado ou função comissionada _____,
em cumprimento ao contido no Decreto n°32751, de 04/02/2011, **DECLARO que:**

1. Possuo cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, inclusive, na Administração Pública do Poder Executivo do Distrito Federal, ocupando cargo em comissão ou função de confiança, contratado temporariamente, contratado para estágio e/ou prestando serviços terceirizados.

() NÃO ()SIM – Relacione-os abaixo

Nome: _____
Parentesco: _____
Órgão: _____
Cargo/Função: _____

2. Declaro, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de incursão no disposto no Art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Data

Assinatura

*Parentesco: pai/mãe, padrasto/madrasta, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, avós, netos, bisavós, bisnetos do servidor e de seu cônjuge/companheiro, bem como nas relações homoafetivas.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO
FEDERAL

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

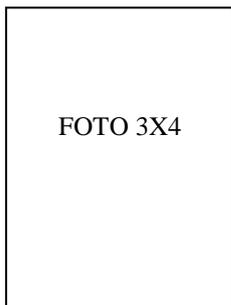
1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
NOME:	MATRÍCULA:
LOTAÇÃO:	CLASSE/PADRÃO
<input type="checkbox"/> Servidor Efetivo <input type="checkbox"/> Servidor Comissionado de livre nomeação ou Empregado Público	
CARGO / ESPECIALIDADE / FUNÇÃO:	TELEFONE(S):

2 – TERMO DE OPÇÃO
Lei 786/94 regulamentada pelo Decreto 16.423/94, alterado pelo Decreto 16.674/95, alterada pela Lei 1.136/96, restabelecida pela Lei 2.944/2002.
<input type="checkbox"/> Desejo receber o Auxílio alimentação, pago no contracheque. <input type="checkbox"/> Não desejo receber o Auxílio alimentação.
_____ Data
_____ Assinatura



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL

FORMULÁRIO DE IDENTIDADE FUNCIONAL



1ª VIA 2ª VIA

Preencha os campos com letra LEGÍVEL ou MAIÚSCULA

NOME:			MATRÍCULA:
CARGO / FUNÇÃO:			GRUPO SANGUÍNEO / RH
CART. DE IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR / UF:	CPF:	PIS/PASEP:
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
NATALIDADE:		UF:	DATA DE NASCIMENTO:
DATA: ____ / ____ / ____		ASSINATURA:	
