



Prefeitura Municipal de Cambé

Secretaria Municipal de Governo

DECRETO Nº 456, de 17 de agosto de 2021.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CAMBÉ, ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais, e

CONSIDERANDO a necessidade de atualização das informações cadastrais dos servidores públicos municipais, em razão da implementação do Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas – eSocial, instituído pelo Decreto Federal nº 8.373, de 2014, e

CONSIDERANDO as disposições da Lei Municipal nº 2.612, de 11 de setembro de 2013, que institui o Auxílio Transporte aos servidores da Administração Direta, de suas Autarquias e das Fundações Públicas Municipais do Município de Cambé,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar o recadastramento dos servidores públicos municipais da Administração Direta do Município de Cambé, que observará as regras e os prazos disciplinados por meio deste Decreto.

Art. 2º O recadastramento dos servidores será organizado e gerenciado pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Administração.

Art. 3º O Departamento de Recursos Humanos poderá utilizar plataformas digitais para realização do recadastramento dos servidores públicos municipais, disponibilizando outros meios caso não seja possível à via digital.

Art. 4º Os servidores públicos municipais, incluídos os ocupantes de cargos em comissão, preencherão os seguintes formulários:

- I. Formulário de Recadastramento, obrigatório a todos;
- II. Informações de Dependentes, se houver;
- III. Informações do horário e local de trabalho, obrigatório a todos;
- IV. Declaração de Responsabilidade das Informações, obrigatório a todos;
- V. Formulário para solicitação de auxílio transporte para beneficiários do abono vale transporte, obrigatório a todos que já recebem ou que porventura queiram recebê-lo.

Art. 5º Os formulários descritos no artigo 4º deste Decreto poderão ser disponibilizados em plataformas digitais, ou na impossibilidade serão encaminhados para o respectivo órgão de lotação do servidor, ficando sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de lotação a distribuição e o recolhimento dos formulários devidamente preenchidos, sendo necessária a assinatura do servidor na declaração de responsabilidade das informações, e no caso do formulário para solicitação de auxílio transporte é necessária também à assinatura da chefia imediata ou do Secretário da área.

Art. 6º Os servidores públicos municipais deverão preencher os formulários de recadastramento descritos no artigo 4º deste Decreto no período de 23 de agosto a 30 de setembro de 2.021.

Parágrafo único. Quando não for possível o preenchimento dos formulários em plataforma digital, e os mesmos forem enviados para as Secretarias Municipais, estas deverão encaminhar os formulários devidamente preenchidos pelo servidor ao Departamento de Recursos Humanos até o dia 30 de setembro de 2.021.

Art. 7º O Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Administração poderá solicitar informações complementares ao servidor ou esclarecimentos acerca dos dados apresentados pelo mesmo nos formulários de recadastramento e de solicitação do auxílio transporte, podendo ainda solicitar o comparecimento presencial do servidor junto à sede do Departamento de Recursos Humanos.

Art. 8º O servidor deverá encaminhar juntamente com os formulários de recadastramento, comprovante de residência dos últimos 90 (noventa) dias, como por exemplo: faturas de água, luz, telefone, preferencialmente em nome do servidor, podendo também ser em nome do cônjuge ou companheiro(a), pai ou mãe, ou demais documentos em que conste o endereço atual do servidor, a ser avaliado pelo Departamento de Recursos Humanos.

Art. 9º O preenchimento de forma fidedigna das fichas de atualização dos dados cadastrais e do formulário para solicitação do auxílio transporte será de responsabilidade do servidor, estando sujeito às disposições do inciso XIII do artigo 178 e do inciso XIX do artigo 179 da Lei Municipal nº 1.718/2003, que dispõe sobre o Estatuto dos Servidores da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações Municipais.

Parágrafo único. O não atendimento do disposto no *caput* deste artigo, ou a apresentação de informações falsas, poderão resultar na instauração de processo administrativo disciplinar e



Prefeitura Municipal de Cambé

Secretaria Municipal de Governo

na aplicação das penalidades previstas na Lei Municipal nº 1.718/2003, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.

Art. 10. Qualquer alteração posterior dos dados cadastrais apresentados no recadastramento, deverão ser informadas pelo servidor ao Departamento de Recursos Humanos.

Art. 11. Fazem parte deste Decreto o Anexo I – Formulário de Recadastramento, o Anexo II – Informações de Dependentes, Anexo III – Informações do horário e local de trabalho, o Anexo IV – Declaração de Responsabilidade das Informações e o Anexo V – Formulário para solicitação do auxílio transporte.

Art. 12. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

EDIFÍCIO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE Cambé, aos
17 de agosto de 2021

Conrado Angelo Scheller
Prefeito Municipal

PUBLICADO NO JORNAL
Oficial do Município de Cambé

Nº 965 pág 02 de 18,08/2021



Prefeitura Municipal de Cambé

Secretaria Municipal de Governo

ANEXO I

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO	
NOME: [Completo sem abreviaturas]	
MATRÍCULA:	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável	
COR/RAÇA: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
GRAU DE INSTRUÇÃO: [Escolha apenas uma das opções abaixo] <input type="checkbox"/> Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou. <input type="checkbox"/> Até o 5º ano incompleto do ensino fundamental (antiga 4ª série) ou que tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular. <input type="checkbox"/> 5º ano completo do ensino fundamental. <input type="checkbox"/> Do 6º ano ao 9º ano do ensino fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série). <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo. <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo. <input type="checkbox"/> Educação superior incompleto. <input type="checkbox"/> Educação superior completo. <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa. <input type="checkbox"/> Mestrado completo. <input type="checkbox"/> Doutorado completo.	
POSSUI DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM , indicar abaixo qual tipo: <input type="checkbox"/> Deficiência física. <input type="checkbox"/> Deficiência visual. <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva. <input type="checkbox"/> Deficiência mental. [Apesar de possuírem as funções necessárias para compreender e interagir com o meio, essas ficam comprometidas pelos fenômenos psíquicos.] <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual. [Quando há uma limitação no desenvolvimento das funções necessárias para compreender e interagir com o meio.]	
FILIAÇÃO	
PAI: [Nome Completo sem abreviaturas]	
Nasc.: ____/____/____.	CPF:
Falecido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Dependente do Imposto de Renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MÃE: [Nome completo sem abreviaturas]	
Nasc.: ____/____/____.	CPF:
Falecida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Dependente do Imposto de Renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DADOS DO ENDEREÇO	
ENDEREÇO:	Nº
COMPLEMENTO:	CEP:
BAIRRO:	CIDADE:
TELEFONE:	TELEFONE:
EMAIL:	

ANEXO II

INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES	
[Se o estado civil do servidor(a) for Casado(a) ou União Estável é obrigatório o preenchimento dos dados do cônjuge ou companheiro(a)]	
NOME: [Completo sem abreviaturas]	
Nasc.: ____/____/____.	CPF:
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Dependente do Imposto de Renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Possui incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
GRAU DE PARENTESCO: [Escolha apenas uma das opções abaixo]	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável. <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a). <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a), universitário ou cursando escola técnica de 2º grau. <input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial.	<input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial. <input type="checkbox"/> Pais, avós e bisavós. <input type="checkbox"/> Menor pobre do(a) qual detenha guarda judicial. <input type="checkbox"/> A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador. <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge. <input type="checkbox"/> Agregado/outros.
NOME: [Completo sem abreviaturas]	
Nasc.: ____/____/____.	CPF:
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Dependente do Imposto de Renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Possui incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
GRAU DE PARENTESCO: [Escolha apenas uma das opções abaixo]	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável. <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a). <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a), universitário ou cursando escola técnica de 2º grau. <input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial.	<input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial. <input type="checkbox"/> Pais, avós e bisavós. <input type="checkbox"/> Menor pobre do(a) qual detenha guarda judicial. <input type="checkbox"/> A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador. <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge. <input type="checkbox"/> Agregado/outros.
NOME: [Completo sem abreviaturas]	
Nasc.: ____/____/____.	CPF:
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Dependente do Imposto de Renda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Possui incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
GRAU DE PARENTESCO: [Escolha apenas uma das opções abaixo]	
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável. <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a). <input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a), universitário ou cursando escola técnica de 2º grau. <input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial.	<input type="checkbox"/> Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial. <input type="checkbox"/> Pais, avós e bisavós. <input type="checkbox"/> Menor pobre do(a) qual detenha guarda judicial. <input type="checkbox"/> A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador. <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge. <input type="checkbox"/> Agregado/outros.



Prefeitura Municipal de Cambé

Secretaria Municipal de Governo

ANEXO III

INFORMAÇÕES DO HORÁRIO E LOCAL DE TRABALHO	
Cargo efetivo: [preencher com o nome do cargo efetivo/concursado]	
Função atual: [somente para quem está nomeado(a) com função gratificada ou gratificação por desempenho de função]	
Carga horária semanal:	Trabalha a noite? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Horário de trabalho: das ____ hrs às ____ hrs e das ____ hrs às ____ hrs	
Dias da semana que trabalha: <input type="checkbox"/> Segunda-feira a sexta-feira <input type="checkbox"/> Segunda-feira a sábado <input type="checkbox"/> Outro (discriminar abaixo).	
Local em que desempenha suas funções:	
Secretaria de lotação:	

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu, _____,
CPF nº _____, matrícula funcional nº _____,
assumo a inteira responsabilidade pelas informações prestadas neste formulário de recadastramento. Declaro ainda que a falsidade nas informações constantes deste formulário de recadastramento implicará nas penalidades previstas no Artigo 299 do Código Penal, sem prejuízo das sanções nas esferas administrativa e cível.

Cambé, ____ de _____ de 2.021.

Assinatura do(a) servidor(a)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1 – A atualização cadastral é obrigatória conforme arts. 178, XIII e 179, XIX e passível de punição nos termos do art. 191 da Lei nº 1718/2003 - Estatuto dos Servidores da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações Municipais.
- 2 – Este recadastramento visa manter atualizado os dados do cadastro funcional dos servidores que é requisito fundamental para a gestão de pessoal, bem como para implantação de novas rotinas administrativas, em especial o envio de dados para a plataforma eSocial.
- 3 – Preencher todos os nomes completos sem abreviaturas.
- 4 – Nas informações de dependentes, é obrigatório informar o cônjuge ou companheiro (a), independente de haver dependência econômica.
- 5 – É obrigatória a informação do (s) filho (s) menores de 21 anos não emancipados ou inválido de qualquer idade.
- 6 – Anexar comprovante de residência atual (dos últimos 90 dias), como faturas de água, luz, telefone etc, preferencialmente em nome do servidor(a), podendo ser em nome do cônjuge ou companheiro(a), pai ou mãe.
- 7 – Devolver este formulário preenchido e assinado até **30/09/2021**.
- 8 – Qualquer dúvida, entrar em contato no telefone: 3174-2633.



Prefeitura Municipal de Cambé

Secretaria Municipal de Governo

ANEXO V

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE		
NOME:		
MATRÍCULA:	CARGO:	
SECRETARIA DE LOTAÇÃO:		
LOCAL DE TRABALHO: [onde registra o ponto]		
ENDEREÇO LOCAL DE TRABALHO: [onde registra o ponto]		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
LINHAS QUE UTILIZA:		
TIL		QTDE/DIA:
TCGL		QTDE/DIA:
GARCIA		QTDE/DIA:
		QTDE/DIA:
		QTDE/DIA:
TRABALHA QUANTOS DIAS NA SEMANA?		
DIA(S) DE FOLGA SEMANAL:		
REQUERIMENTO E TERMO DE RESPONSABILIDADE		
<p>Eu, acima qualificado(a), venho por meio deste instrumento, nos termos da Lei Municipal nº 2.612/2013, solicitar o vale-transporte para meu deslocamento residência/trabalho e vice-versa, na quantidade e tipo de transporte/linha de ônibus acima discriminado, assumindo desde já o compromisso de informar sempre que houver alteração de endereço anexando a cópia de um comprovante de residência atual (últimos 90 dias). Também estou ciente das punições pelo descumprimento das disposições da Lei Municipal nº 2.612/2013. Termos em que, Pede Deferimento.</p>		
Cambé, ____ de _____ de 2.021.		
<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura do(a) Servidor(a)</p>		
<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura da Chefia Imediata.</p>		
Atenção: Não esquecer de anexar cópia do comprovante de residência. Se o comprovante não estiver no nome do solicitante/requerente, anexar documento que comprove o vínculo.		