

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

DADOS PESSOAIS

01 - NOME:				02 - MASP:				
03 - NOME DO PAI:			04 - NOME DA MÃE:					
05 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AV., PRAÇA):				06 - NÚMERO:		07 - COMPLEMENTO:		
08 - BAIRRO:		09 - CIDADE:			10 - UF:	11 - CEP:		
12 - TELEFONE RESIDENCIAL:		13 - TELEFONE COMERCIAL:	14 - CELULAR:		15 - DATA DE NASC.:	16 - NATURALIDADE/UF:		
17 - NACIONALIDADE:		18 - NATURALIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	19 - ANO CHEGADA NO BRASIL:	20 - SEXO:	21 - ESTADO CIVIL:	22 - FATOR SANGUINEO:		
23 - CART. IDENTIDADE:		24 - DATA DE EMISSÃO:	25 - ÓRGÃO EMISSOR/UF:	26 - PIS/PASEP:		27 - CPF:		
28 - CERT. DE RESERVISTA:		29 - TÍTULO DE ELEITOR/UF:	30 - ZONA:	31 - SEÇÃO:	32 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE:		33 - DATA 1º EMPREGO:	
34 - E-MAIL:				35 - BANCO DO BRASIL: 001	36 - AGÊNCIA:	37 - CONTA CORRENTE:		

DADOS FUNCIONAIS

38 - SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO CARGO EFETIVO <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO CARGO COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO CARGO COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO FUNÇÃO GRATIFICADA <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO FUNÇÃO PÚBLICA <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO (LEI 18.185) <input type="checkbox"/> DISPOSIÇÃO							
39 - DATA DE PUBLICAÇÃO:		40 - DATA DE PRORROGAÇÃO DE POSSE:		41 - DATA DE POSSE:		42 - DATA DE EXERCÍCIO:	
43 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:				44 - CARGA HORÁRIA:		45 - SIGLA DO ÓRGÃO / ENTIDADE:	
46 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:				47 - VÍNCULO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> FUNC. PÚB. <input type="checkbox"/> REC. AMPLO <input type="checkbox"/> DESIG. <input type="checkbox"/> CONT. ADM.			
48 - DESCRIÇÃO CARGO EFETIVO / FUNÇÃO PÚBLICA/ DESIGNADO / CONTRATO:					49 - NÍVEL/GRAU:	50 - SÍMBOLO VENCIMENTO:	
51 - DESCRIÇÃO CARGO EM COMISSÃO / FUNÇÃO GRATIFICADA:				52 - RECRUTAMENTO: <input type="checkbox"/> AMPLO <input type="checkbox"/> LIMITADO	53 - CÓDIGO:	54 - SÍMBOLO:	

DECLARAÇÕES

55 - ACÚMULO DE CARGOS:
Servidor exerce outro Cargo, Emprego ou Função Pública, no Estado, na União, no Município ou no Distrito Federal, incluindo suas autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público, ou recebe proventos de aposentadoria proveniente de vínculo com alguma dessas instituições:
 Sim. Nome do Cargo/Emprego/Função: _____ Órgão/Entidade: _____
 Não

56 - DECLARAÇÃO DE PARENTES:
Você tem parentes no serviço público estadual detentores de cargo ou empregos em comissão, função gratificada ou que seja agente político?
 Sim Não
Agente político estadual: conselheiro do Tribunal de Contas do Estado, Deputado Estadual, Magistrado Estadual ou membro do Ministério Público Estadual.
Parentes até terceiro grau: pai, mãe, avô, avó, bisavô, bisavó, sogro, sogra, padrastrô, madrastra, cônjuge, companheiro, companheira, irmão, irmã, cunhado, cunhada, filho, filha, neto, neta, bisneto, bisneta, genro, nora, enteado, tio, tia, sobrinho, sobrinha.
Em caso afirmativo, qual é o grau de parentesco: _____
Nome completo do parente: _____
MASP do parente: _____
Nome do cargo comissionado ou da função exercida pelo parente: _____
Órgão/entidade de exercício do parente: _____
Parente é servidor efetivo? Sim Não Parente é agente político? Sim Não

57 - DECLARAÇÃO (conforme Decreto nº 45.604, de 18/05/2011):
Declaro ter pleno conhecimento do disposto nos arts. 23, § 2º, 90, parágrafo único, e 93, § 4º, todos da Constituição do Estado de Minas Gerais, no art. 1º da Lei Complementar Federal nº 64, de 1990, alterada pela Lei Complementar Federal nº 135, de 2010, e no Decreto nº 45.604, de 18 de maio de 2011.
Diante disso, declaro não incorrer em nenhuma das hipóteses de impedimento para nomeação, designação ou contratação, a título comissionado, para o exercício de funções, cargos e empregos na administração pública direta e indireta do Poder Executivo, estipuladas no mencionado Decreto.
Assumo, ainda, o compromisso de comunicar ao superior hierárquico eventual impedimento superveniente previsto no referido Decreto.
Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____
Assinatura do declarante: _____
Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____
Assinatura do titular ou representante da unidade de Recursos Humanos: _____



PRESTAÇÃO DE COMPROMISSO SOLENE

(conforme art. 9º da Deliberação n.º 21, de 11 de dezembro de 2014, e parágrafo único do art. 3º do Decreto n.º 46.644, de 6 de novembro de 2014)

NOME DO ÓRGÃO / ENTIDADE: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAS

DADOS PESSOAIS	
1. Nome completo	2. MASP / Matrícula

TERMO DE COMPROMISSO SOLENE

Declaro conhecer o Código de Conduta Ética do Agente Público e da Alta Administração Estadual, comprometendo-me, neste ato, com sua observância e acatamento.

Assinatura do agente público

Ass.: _____
(Nome e MASP / Matrícula)

_____/_____/_____
(Local e Data)

Assinatura do Presidente da Comissão de Ética

Ass.: _____
(Nome e MASP / Matrícula)

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, _____, CPF _____, agente público estadual, ciente dos termos da Lei Federal nº 8.429, de 2 de junho de 1992, declaro que:

não possuo bens e valores;

apresento a Declaração de Bens e Valores que compõem o meu patrimônio e de meus dependentes, conforme segue:

Itens	Discriminação	Valor (R\$)

esta declaração é retificadora;

_____, aos ____ de _____ de 20____

Assinatura _____

Recebi em ___/___/_____

Carimbo/Nome/Assinatura/MASP ou equivalente

Diretoria de Recursos Humanos



REQUERIMENTO DE ADESÃO DO SERVIDOR À ASSISTÊNCIA À SAÚDE IPSEMG

Nome:		MASP / Registro Funcional:	
Nº Matrícula IPSEMG:	CPF:	RG:	
Rua/Avenida:		Nº:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Telefone Residencial:	
Cidade:	Estado:	Telefone Celular:	
E-Mail:		Telefone Comercial:	

LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES DESTES FORMULÁRIO ANTES DE FAZER A SUA OPÇÃO

- Venho: ADERIR à Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG
 JÁ POSSUO Assistência à Saúde do IPSEMG e desejo continuar
 NÃO ADERIR a Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG

Atenção: caso tenha mais de um vínculo com o Estado, o desconto será feito automaticamente somente no de maior remuneração.

Declaro estar ciente que:

1- CONTRIBUIÇÃO E LIMITES MÍNIMO E MÁXIMO DE DESCONTO:

1.1 - A Assistência à Saúde somente será prestada pelo IPSEMG aos seus beneficiários, mediante a comprovação do desconto no contracheque do servidor do último mês recebido ou do pagamento da contribuição diretamente ao IPSEMG até o último dia útil do mês de contribuição, nos termos da Lei Complementar nº 64, de 2002 e Decreto nº 42.897, de 2002.

1.2 - A Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG será custeada por meio de contribuição descontada da remuneração de contribuição do servidor correspondente:

- A alíquota de 3,2% (três vírgula dois por cento), para o servidor e cada um dos seus dependentes inscritos, ressalvados os filhos menores de vinte e um anos, até o limite máximo de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), não podendo ser inferior a R\$ 30,00 (trinta reais) para o servidor e cada um de seus dependentes, limites esses a serem reajustados pelos índices do aumento geral concedido ao servidor público estadual.
- Ao valor mínimo estabelecido na Lei Complementar nº 64, de 2002, acresce R\$ 30,00 (trinta reais) para cada filho com idade superior a 21 (vinte e um) e inferior a 35 (trinta e cinco) anos.
- A contribuição incidirá sobre o maior valor de remuneração de contribuição ou de proventos do servidor que tiver mais de um vínculo com o Estado.
- O limite máximo considerará o somatório das contribuições do segurado e dos seus dependentes inscritos, exceto os filhos com idade superior a vinte e um e inferior a trinta e cinco anos.
- Para o servidor cuja vinculação ao serviço público estadual tenha ocorrido após 31 de dezembro de 2001 a contribuição será acrescida de 1,6% (um vírgula seis por cento) da remuneração de contribuição ou dos proventos sobre o valor que exceder o limite máximo.

1.3 - Haverá cobrança de coparticipação conforme tabela disponível no site: www.ipsemg.mg.gov.br.

2 - SERVIDOR COM MAIS DE UM CARGO:

2.1 - Para o servidor que possui dois ou mais cargos no Estado e deseja ser beneficiário da Assistência à Saúde IPSEMG, o Decreto nº 42.897/2002, alterado pelo Decreto 45.869/2011, prevê a contribuição apenas no cargo de maior remuneração.

2.2 - Caso a contribuição seja cobrada em mais de um cargo, o servidor deve preencher o formulário *RS810-Requerimento de exclusão de contribuição em vínculo de menor remuneração*, disponível no site www.ipsemg.mg.gov.br, no link Saúde, Cadastro Beneficiários, Requerimentos e Certidões e protocolar em uma unidade de atendimento do IPSEMG juntamente com a cópia e o original da carteira de identidade ou outro documento legal em que conste foto, filiação e naturalidade do segurado. Os documentos poderão ser enviados também pelos Correios, desde que devidamente autenticados.

3 - CARÊNCIA:

3.1 - Não se exige carência para Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG para o servidor efetivo que fizer opção no momento da posse, bem como do dependente que o servidor que protocolizar o requerimento de inscrição até 90 dias a contar da data da posse ou da constituição do vínculo de dependência.

3.2 - A não adesão à Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG no momento da posse implicará na submissão à carência de 180 dias para consultas, exames, cirurgias, internações e demais procedimentos, inclusive os odontológicos e de 300 dias para partos para o servidor e seus dependentes.

4 - INCLUSÃO DE DEPENDENTES:

4.1 - O formulário de requerimento de inscrição de dependente, devidamente preenchido pelo servidor, deverá ser protocolizado nas unidades de atendimento do IPSEMG localizadas na capital ou interior, previstas no site: www.ipsemg.mg.gov.br.

5 - INTERRUPÇÃO NA CONTRIBUIÇÃO PARA ASSISTÊNCIA:

5.1- Qualquer interrupção da contribuição à Assistência à Saúde implicará na submissão aos prazos de carência previstos no Decreto nº 42.897, de 2002, alterado pelo Decreto nº 45.869, de 2011, de 180 dias para consultas, exames, cirurgias, internações e demais procedimentos, inclusive os odontológicos e de 300 dias para partos .

6 - EXCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE IPSEMG:

6.1 - O servidor que não desejar permanecer vinculado à Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG deverá manifestar opção pela exclusão do desconto da contribuição à Assistência à Saúde, mediante requerimento em formulário específico protocolizado na unidade setorial de Recursos Humanos do órgão ou entidade de seu exercício, ficando ciente que se desejar retornar a ter direito ao benefício da Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG, o servidor e seus dependentes serão submetidos aos prazos de carência de 180 dias para consultas, exames, cirurgias, internações e demais procedimentos, inclusive os odontológicos e de 300 dias para partos.

7 - LICENÇA OU AFASTAMENTO:

7.1 - O beneficiário que ficar temporariamente sem vencimento e desejar continuar com o direito à Assistência à Saúde IPSEMG durante o período de licença ou afastamento deverá preencher o "Termo de Opção para recolhimento da contribuição de Assistência à Saúde do servidor licenciado ou afastado" disponível no site www.ipsemg.mg.gov.br. O termo de opção deverá ser protocolado em uma unidade de atendimento do IPSEMG. Essa opção deverá ser formalizada no momento do requerimento da licença ou afastamento e as contribuições serão recolhidas diretamente ao IPSEMG através de DAE - Documento de Arrecadação Estadual.

8 - CONSIGNAÇÃO EM FOLHA:

8.1 - Ao aderir à Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG, fica autorizada a utilização de dados relativos ao servidor ou pensionista para efeito de atendimento do disposto no artigo 85 da Lei Complementar nº 64 de 2002, inclusive quanto ao limite dos valores de margem e saldo consignável, previstos no artigo 16 da Lei nº 19.490 de 2011.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Unidade de recebimento do protocolo: Unidade Setorial de Recursos Humanos do órgão ou entidade.



01 – NOME CIVIL:		02 – MASP:	
NOME SOCIAL:			
03 – OCUPANTE DO CARGO:	04 – SÍMBOLO/NÍVEL:	05 – GRAU:	
06 – UNIDADE DE LOTAÇÃO:			
07 – OBSERVAÇÕES: ATENÇÃO NO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ABAIXO: as informações do cargo em que o(a) servidor(a) está requerendo a aposentadoria, não constarão nos campos abaixo, estes são próprios para informações de acúmulo de outro cargo ou de percepção de benefícios decorrentes de aposentadorias já concedidas.			
<input type="checkbox"/> não exerço nenhum outro cargo , emprego ou função pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação, nas esferas Federal, Estadual ou Municipal.			
<input type="checkbox"/> Acúmulo (exerço outro) cargo de: _____			
Símbolo/Nível: _____ Grau: _____			
Na esfera: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal			
Lotado no(a): _____			
Com ingresso em: ____ / ____ / ____, percebendo a remuneração de R\$ _____			
Valor por extenso: _____			
<input type="checkbox"/> Não recebo quaisquer benefícios relativos à aposentadoria do Regime Geral de Previdência Social ou proventos decorrentes de aposentadoria de cargos ou empregos públicos.			
<input type="checkbox"/> Recebo proventos ou benefícios relativos à inatividade (aposentadoria) no cargo de _____			
_____ no valor de			
R\$ _____ (_____			
_____), na esfera			
<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> INSS			
ESTOU CIENTE:			
a) do disposto no art.3º da Emenda Constitucional Federal nº 19/98 , que alterou a redação do artigo 37, incisos XVI e XVII da CF/88, que vedam a acumulação remunerada de cargos, empregos e funções públicas;			
b) do disposto no art. 1º da Emenda Constitucional Federal nº 20/98 , que acrescentou ao art. 37 da CF/88 o parágrafo 10, que veda a percepção simultânea de proventos de aposentadoria com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma da CF/88.			
As informações prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo plena e total responsabilidade , comprometendo-me a comunicar imediatamente à Diretoria de Recursos Humanos da minha Instituição, quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional, bem como autoriza-la a diligenciar quanto à veracidade das informações prestadas.			
_____ / ____ / ____		_____	
LOCAL		DATA	
		ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)	