



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**PASSO A PASSO DOCUMENTAÇÃO  
PARA ADMISSÃO – CARGO COMISSIONADO**

Prezado(a) candidato(a), este guia contém as instruções necessárias para o envio das documentações obrigatórias.

Todos os documentos deverão ser anexados ao “Formulário para entrega de documentos” disponibilizado no site oficial <https://www.saude.ce.gov.br/nomeacoes-para-nova-estrutura/> da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA, para investidura no cargo, através do link: <https://www.saude.ce.gov.br/formulario-de-envio-de-documentos/>

Além disso, informamos que as declarações oficiais de preenchimento do(a) candidato(a) estão disponibilizadas no link: <https://www.saude.ce.gov.br/nomeacoes-para-nova-estrutura/>

## ITEM 1 - FICHA PARA CADASTRO NO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS (SGP/SIGE-RH)

- O preenchimento desta ficha para o cadastro deverá ser feito de forma digitada em PDF ou você poderá preencher manualmente com letra de **FORMA**.  
Após o preenchimento, anexar ao formulário.

| DADOS PARA CADASTRO NO SIGE-RH  |                  |               |                  |            |
|---|------------------|---------------|------------------|------------|
| NOME:   |                  |               |                  |            |
| NOME SOCIAL:  |                  |               |                  |            |
| DATA DE NASCIMENTO:   | UF:              | NATURALIDADE: | ESTADO CIVIL:    |            |
| NOME DA MÃE:  |                  |               |                  |            |
| NOME DO PAI:  |                  |               |                  |            |
| CPF:  | PIS/PASEP:       |               |                  |            |
| RG:   | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | UF:           | DATA DE EMISSÃO: |            |
| Nº TÍTULO DE ELEITOR:   | ZONA:            | SEÇÃO:        | UF:              | MUNICÍPIO: |
| ENDERECO:   |                  | NÚMERO:       | COMPLEMENTO:     |            |
| BAIRRO:   | MUNICÍPIO:       | CEP:          |                  |            |
| TELEFONE:<br>( )  | CELULAR:<br>( )  | E-MAIL:       |                  |            |
| GRAU DE INSTRUÇÃO:  |                  | FORMAÇÃO:     |                  |            |
| DADOS BANCÁRIOS: <b>OBRIGATORIAMENTE CONTA-CORRENTE DO BANCO BRADESCO</b><br>(Não serão aceitos outros bancos, mesmo se vinculados ao Bradesco) |                  |               |                  |            |
| AGÊNCIA:  | CONTA:           |               |                  |            |

**• ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO DO PIS/PASEP**

→ **PIS/PASEP:**

**• ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO DOS DADOS BANCÁRIOS**

→ **AGÊNCIA:** **CONTA:**

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440  
Fortaleza / CE • Fone: (85) 31015123

- Somente é aceita a conta do Banco BRADESCO S.A (237), CONTA-CORRENTE. **Preencher o campo indicado e anexar comprovante de titularidade da agência e conta corrente no item 1.1.**
  - Bancos, mesmo que **VINCULADOS** ao Bradesco **NÃO SERÃO ACEITOS**. (Exemplo: Banco Bradescard S.A, Banco Bradesco BBI S.A, Banco Bradesco Cartões S.A, Banco Bradesco Financiamentos S.A, Next, Digio e Bitz)
  - Caso o(a) candidato(a) não possua uma Conta-Corrente no Banco Bradesco S.A, deverá comparecer a uma agência física, à sua escolha, ou solicitar a abertura da conta no aplicativo do próprio banco estando vinculado a uma agência física. A escolha do meio ao qual a conta será aberta (se em agência física ou por aplicativo do Bradesco) é de inteira escolha e responsabilidade do(a) candidato(a) que deve atentar-se para a restrição de contas abertas em bancos digitais.

**ITEM 1.1 – COMPROVANTE DE TITULARIDADE DA CONTA-CORRENTE CONSTANDO O NÚMERO DA CONTA E AGÊNCIA DO BANCO BRADESCO.**

**Exemplos de comprovação de titularidade:** Cartão de Débito que contenha agência e conta, Print da Conta no Aplicativo, Extrato Bancário no Internet Banking ou impressa em agência, etc.



- Precisa conter o número da **Agência** e da **Conta**
  - Se possível, borrar os números do cartão e caso contenha o CVC, borrar também.

02/12/2016

Banco Bradesco S/A



Extrato de: Ag: 3084 | Conta: 126120-7 | Entre 01/09/2016 e 01/12/2016

**ATENÇÃO! NÃO** enviar dados sigilosos, tais como: Saldo da Conta, Movimentações Diárias do Extrato ou Código de Verificação do Cartão - CVC.

## ITEM 2 – CURRÍCULO COMPLETO

- Esse currículo deverá conter as seguintes informações:
  - Nome
  - Endereço
  - Contatos (telefone e e-mail)
  - Formação Acadêmica
  - Habilidades
  - Cursos realizados (compatíveis com cargo a ser assumido)
  - Experiências profissionais (compatíveis com o cargo a ser assumido)

## ITEM 3 – DECLARAÇÃO DE NEPOTISMO



### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de nomeação no cargo/emprego em comissão ou na função de confiança de \_\_\_\_\_, símbolo \_\_\_\_\_, junto ao órgão/entidade \_\_\_\_\_, que não posso vinculo conjugal ou de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, com a autoridade nomeante ou com servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, nos termos da Súmula Vinculante nº 13, do Supremo Tribunal Federal (STF).

Atesto estar ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ela responderei, independente das sanções administrativas, caso seja comprovada a inveracidade do declarado neste documento.

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

Assinatura do(a) Declarante

## ITEM 4 – DECLARAÇÃO DE INELEGIBILIDADE



### DECLARAÇÃO DE INELEGIBILIDADE E DE IMPEDIMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, para fins de nomeação no cargo de provimento em comissão de \_\_\_\_\_,  
símbolo \_\_\_\_\_, junto ao órgão/entidade \_\_\_\_\_,  
que não estou inelegível e nem impedido para posse e exercício perante a Administração Pública Estadual, estando apto a apresentar, a qualquer tempo, todas as certidões por ele requeridas.

Declaro, ainda, 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.

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

Assinatura do(a) Declarante

**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**  
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440  
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

## **ITEM 5 – DECLARAÇÃO DE BENS**



## **DECLARAÇÃO DE BENS**

**NOME COMPLETO:**

## CARGO:

**ÓRGÃO:**

## SITUAÇÃO FUNCIONAL:

**MATRÍCULA:**

**ENDEREÇO:**

EONE

ESTADO CIVIL

RG N<sup>o</sup>

**TÍTULO DE ELEITOR N°**

ZONA: SECÃO:

**CERTIFICADO DE RESERVISTA:**

CDF

DISCRIMINE OS BENS E VALORES, INCLUSIVE DOS DEPENDENTES;

---

---

---

---

---

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

**Assinatura do(a) Declarante**

**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440  
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123



**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440  
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

## **ITEM 6 – DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE CONSTITUEM O SEU PATRIMÔNIO, CONFORME REGULAMENTA O DECRETO N° 11.471, DE 29 DE SETEMBRO DE 1975 (DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA COMPLETA – PESSOA FÍSICA, DO ANO CALENDÁRIO VIGENTE)**

- Link para emitir a declaração:

<https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultar-meu-imposto-de-renda>

- Siga o passo a passo:

The screenshot shows the gov.br website's main navigation bar with links for 'Órgãos do Governo', 'Acesso à Informação', 'Legislação', 'Acessibilidade', and language options ('PT'). A blue button on the right says 'Entrar com o gov.br'. Below the bar, there's a search bar with placeholder text 'O que você procura?' and a magnifying glass icon. The main content area has a blue header 'Finanças, Impostos e Gestão Pública' with a small bank building icon. Underneath, it says 'Impostos e Obrigações > Imposto de Renda e Malha Fiscal'. On the left, a blue button says 'Consultar Meu Imposto de Renda'. To its right, a red arrow points to a green button labeled 'Iniciar'.

The screenshot shows the gov.br login page. It features a large photo of an elderly woman smiling. To her right, text reads: 'Você será direcionado para esta aba de login. Insira seu CPF, clique em continuar. Após, será direcionado ao campo de senha e confirme.' Below this, the gov.br logo is displayed with the text 'Uma conta gov.br garante a identificação de cada cidadão que acessa os serviços digitais do governo'. To the right, there's a form for logging in with a red-bordered 'CPF' field containing 'Digite seu CPF...' and a 'Continuar' button. Below the form, there's a section for 'Outras opções de identificação:' with links for 'Login com seu banco', 'Login com QR code', 'Seu certificado digital', and 'Seu certificado digital em nuvem'. At the bottom, there's a link 'Está com dúvidas e precisa de ajuda?' and terms like 'Termo de Uso' and 'Aviso de Privacidade'.

**Declarations do IRPF**

| Exercício | Status       |
|-----------|--------------|
| IRPF 2023 | Processada   |
| IRPF 2022 | Não entregue |
| IRPF 2021 | Não entregue |
| IRPF 2020 | Não entregue |
| IRPF 2019 | Não entregue |
| IRPF 2018 | Não entregue |

**Serviços do IRPF**

- Autorização de Acesso
- Documentos e Arquivos (Cópia da Declaração)
- Fazer Declaração
- Pendências de Meia
- Consultar Débitos, Emitir DARF e Alterar Quotas
- Acessar Carnê-Leilão

**Declarations:** Entregue - 14/04/2023 às 11:55:53 (S/T)

**IRPF 2023** Processada

Ajuste Anual, Original, com regime de Descarte Simplificado  
Esta declaração teve o processamento encerrado.

Imposto a Restituir R\$ 213,92

**Histórico de Eventos**

- 31/03/2023 00:00:00 - Restituição depositada em conta corrente pelo banco
- 24/03/2023 10:00:00 - Restituição enviada para pagamento no banco
- 14/04/2023 22:52:25 - Aguardando momento para o pagamento da restituição
- 14/04/2023 11:55:53 - Recepção de decanção

**Serviços Disponíveis: Em seguida, clique neste campo**

- Documentos e Arquivos (Cópia da Declaração)
- Verificar Declaração
- Consultar e Alterar Conta para Crédito de Restituição
- Extrato do Processamento
- Consulta Restituição

**Documentos**

Exercício \* 2023

| Documento                     | Emissão    | Número | Ação |
|-------------------------------|------------|--------|------|
| Arquivos da Declaração        | 14/04/2023 | -----  |      |
| Cópia do Recibo da Declaração | 14/04/2023 | -----  |      |
| Cópia da Declaração           | 14/04/2023 | -----  |      |

**Clique neste ícone para gerar o PDF da Declaração. O download será feito automaticamente.**

Esse é o modelo CORRETO da declaração, anexar todas as páginas disponibilizadas ao formulário.

|  |   |                                       |                        |                         |
|--|---|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| NOME: [REDACTED]   | CPF: [REDACTED]   | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA |                        |                         |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL   |   | EXERCÍCIO 2024 ANO-CALENDÁRIO 2023    |                        |                         |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE</b>   |   |                                       |                        |                         |
| Nome: [REDACTED]   | CPF: [REDACTED]   |                                       |                        |                         |
| Data de Nascimento: 29/01/1980   | Sexo: Feminino  |                                       |                        |                         |
| Possui cônjuge ou companheiro(a)? Sim  |   |                                       |                        |                         |
| Era residente no exterior e passou a ser residente no Brasil em 2023? Não                |   |                                       |                        |                         |
| Houve alteração de dados cadastrais? Não   |   |                                       |                        |                         |
| Um dos seguintes é pessoa com doença grave ou portadora de deficiência física ou mental? | Não   |                                       |                        |                         |
| Endereço: RUA [REDACTED]   | Número: [REDACTED]  |                                       |                        |                         |
| Complemento: CAFÉ  | Rua/Endereço: [REDACTED]  |                                       |                        |                         |
| Município: CAUCANA   | UF: CE  |                                       |                        |                         |
| CEP: [REDACTED]  | DDD/Teléfono: [REDACTED]  |                                       |                        |                         |
| E-mail: [REDACTED]   | DDD/Celular: [REDACTED]   |                                       |                        |                         |
| Natureza de Ocupação:  | 41 - Membro ou servidor público da administração direta municipal     |                                       |                        |                         |
| Ocupação Principal:  | 227 - Entomólogo de nível superior; munidionista, farmacutico e afins |                                       |                        |                         |
| Tipo de declaração:  | Declaração de Ajuste Anual Original                                   |                                       |                        |                         |
| Nº do exato da última declaração entregue do exercício de 2023:                          | [REDACTED]  |                                       |                        |                         |
| <b>DEPENDENTES</b>   |   |                                       |                        |                         |
| CÓDIGO   | NOME  | DATA DE NASCIMENTO                    |                        | CPF                     |
| 21   | [REDACTED]  | [REDACTED]                            |                        | [REDACTED]              |
|  | Email:  | [REDACTED]                            |                        | Celular:                |
|  | Dependente mora com o titular da declaração? Sim                      |                                       |                        |                         |
| 21   | [REDACTED]  | [REDACTED]                            |                        | [REDACTED]              |
|  | Email:  | [REDACTED]                            |                        | Celular:                |
|  | Dependente mora com o titular da declaração? Sim                      |                                       |                        |                         |
| 21   | [REDACTED]  | [REDACTED]                            |                        | [REDACTED]              |
|  | Email:  | [REDACTED]                            |                        | Celular:                |
|  | Dependente mora com o titular da declaração? Sim                      |                                       |                        |                         |
| <b>TOTAL DE DEDUÇÃO COM DEPENDENTES</b> 6.825,24   |   |                                       |                        |                         |
| <b>ALIMENTANDOS</b>  |   |                                       |                        |                         |
| Sem informações  |   |                                       |                        |                         |
| <b>RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELO TITULAR</b>                 |   |                                       |                        |                         |
| NOME DA FONTE PAGADORA   |   | REND. RECEBIDOS DE PESS. JURÍDICA     | CONTR. PREVID. OFICIAL | IMPOSTO RETIDO NA FONTE |
| INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR   |   | 74.109,96                             | 8.109,25               | 5.907,98                |
| CNPJ/OPF: 05.268.526/0001-70   |   |                                       |                        | 4.415,12                |
| TOTAL  |   | 74.109,96                             | 8.109,25               | 5.907,98                |
|  |   |                                       |                        | 4.415,12                |
|  |   |                                       |                        | 454,17                  |

Correto: [REDACTED]

Página 1 de 9

Data/Hora da Entrega: [REDACTED]

## ITEM 7 – DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS.

Preencher a presente declaração de forma legível seguindo as seguintes instruções:

- Caso o(a) candidato(a) **não possua** vínculo público com a Administração Direta e Indireta, Órgãos Públicos, Empresas Públicas e Fundações Públicas marcar a opção “**NÃO EXERÇO**”.
- Caso o(a) candidato(a) **possua** vínculo público, marque a opção “**EXERÇO**” e preencha os campos seguintes.
- Caso o(a) candidato(a) **possua** vínculo público, **deverá informar os respectivos horários para verificação da compatibilidade com o cargo pretendido**.

**OBS.1:** Deve ser preenchido uma declaração para cada cargo público que o candidato possuir.

**OBS.2:** Mesmo que o(a) candidato(a) esteja de licença para tratar de assuntos particulares, afastado para aposentadoria, aposentado ou outro tipo de licença, deve marcar a opção “**POSSUO**” e declarar o cargo que esteja de licença. Caso o candidato possua Vacância em algum cargo, deverá declarar e inserir o Ato de Vacância.

  
**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO INDEVIDA**  
**DE CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO PÚBLICO E COMPATIBILIDADE DE**  
**HORÁRIOS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, tenho intuito de ser nomeado no cargo \_\_\_\_\_, símbolo \_\_\_\_\_, pertencente à estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e, DECLARO, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará [Sesa] que:

**NÃO EXERÇO**, em acumulação remunerada, qualquer outro Cargo, Emprego ou Função Pública, no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo Poder Público, conforme estabelece o caput do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

**EXERÇO** cargo(s) público(s), função(s) ou emprego(s) conforme descrito abaixo:

I. \_\_\_\_\_ no órgão \_\_\_\_\_, com situação funcional \_\_\_\_\_, tipo de vínculo \_\_\_\_\_ cuja jornada de trabalho é de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, com uma carga horária semanal de \_\_\_\_\_.

II. \_\_\_\_\_ no órgão \_\_\_\_\_, com situação funcional \_\_\_\_\_, tipo de vínculo \_\_\_\_\_ cuja jornada de trabalho é de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, com uma carga horária semanal de \_\_\_\_\_.

Declaro ser possível compatibilizar o horário deste(s) com o cargo para o qual tenho intuito em ser nomeado(a) da seguinte forma:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Declarante

**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**  
Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema • CEP: 60060-440  
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

## ITEM 8 – CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL (Justiça Eleitoral)

- Disponível em:

<https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor>



## JUSTIÇA ELEITORAL

### TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL

#### CERTIDÃO

Certifico que, de acordo com os assentamentos do Cadastro Eleitoral e com o que dispõe a Res.-TSE nº 21.823/2004, o(a) eleitor(a) abaixo qualificado(a) está QUITE com a Justiça Eleitoral na presente data .

Eleitor(a):

Inscrição:

Zona: 082      Seção: 0351

Município: 13897 - FORTALEZA

UF: CE

Data de nascimento:

Domicílio desde:

Filiação:

Ocupação declarada pelo(a) eleitor(a): OUTROS

Certidão emitida às 14:35 em 11/08/2023

Res.-TSE nº 21.823/2004:

O conceito de quitação eleitoral reúne a plenitude do gozo dos direitos políticos, o regular exercício do voto, salvo quando facultativo, o atendimento a convocações da Justiça Eleitoral para auxiliar os trabalhos relativos ao pleito, a inexistência de multas aplicadas, em caráter definitivo, pela Justiça eleitoral e não remitidas, excetuadas as anistias legais, e a regular prestação de contas de campanha eleitoral, quando se tratar de candidatos.

A plenitude do gozo de direitos políticos decorre da inocorrência de perda de nacionalidade; cancelamento de naturalização por sentença transitada em julgado; interdição por incapacidade civil absoluta; condenação criminal transitada em julgado, enquanto durarem seus efeitos; recusa de cumprir obrigação a todos imposta ou prestação alternativa; condenação por improbidade administrativa; conscrição; e opção, em Portugal, pelo estatuto da igualdade.



Esta **certidão de quitação eleitoral** é expedida gratuitamente.  
Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na Internet, no endereço: <http://www.tse.jus.br> ou pelo aplicativo e-Título, por meio do código:

**UMTE.KXUM.BN8L.56YN**

## **ITEM 9 – CERTIDÃO NEGATIVA JUDICIAL CRIMINAL (Poder Judiciário do Estado do Ceará de Primeiro Grau – Comarca de Fortaleza)**

- Atenção à vigência deste documento, tem validade de 30 dias.
- Disponível em: <https://sirece.tjce.jus.br/sirece-web/nova/solicitacao.jsf>
- Ao acessar:
  - Clicar em pessoa física
  - Na tela seguinte: em instância selecionar “primeiro grau”
  - Na tela seguinte: em natureza selecionar “criminal”
  - Na tela seguinte: em tipo de certidão selecionar “certidão judicial”
  - Na tela seguinte: preencher o requerimento e selecionar a comarca de Fortaleza.
  - Emitir certidão:



CERTIFICA, a requerimento da parte interessada, que consultando nos Sistemas Informatizados do Serviço de Distribuição desta Comarca, em relação ao Polo Passivo dos processos de Natureza Criminal, distribuídos aos Juízos Criminais, de Crimes Contra a Ordem Tributária, do Júri, de Tráfico de Drogas, da Justiça Militar, de Penas Alternativas, de Execução Penal, dos Delitos de Organizações Criminosas, Julgados Especiais Criminais e Juizado de Violência Contra a Mulher, verificou NADA CONSTAR, em nome de:  
, CPF nº. , filho(a) de e

CERTIFICA que, tendo em vista a vedação constante na Lei nº. 8.069/90, esta certidão não inclui eventuais atos infracionais atribuídos a crianças e adolescentes.

CERTIFICA, finalmente, que esta certidão só é válida por 30 (trinta) dias, a contar da data de sua emissão.

O referido é verdade e dou fé.

FORTALEZA  
Terça-feira, 1 de Agosto de 2023 às 17:33:44

### **Observações:**

- a) os dados informados são de responsabilidade do solicitante e devem ser conferidos pelo interessado e/ou destinatário;
- b) a autenticidade deste documento poderá ser confirmada no endereço eletrônico abaixo;
- c) a presente certidão é isenta de custas, nos termos da legislação vigente; e
- d) esta certidão, expedida nos termos da Resolução nº. 121/2010, do Conselho Nacional de Justiça, NÃO É VÁLIDA PARA INSTRUÇÃO PROCESSUAL, REGISTRO DE PORTE DE ARMA DE FOGO, INSCRIÇÃO DE CANDIDATURA JUNTO AO TRE E NATURALIZAÇÃO;

Para consultar a autenticidade do documento acesse <https://autdoc.tjce.jus.br> e informe o seguinte código:

## **ITEM 10 – ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS (Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará - SSPDS CE)**

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes/>
- Preencher todos os campos e clicar em “pesquisar”
- Caso não consiga emitir no site, é necessário enviar documento de identidade (RG/CNH /CTPS) frente e verso para o e-mail [nuicr.cihpb@pefoce.ce.gov.br](mailto:nuicr.cihpb@pefoce.ce.gov.br) informando o objetivo da solicitação. *Exemplo: Solicito a emissão do Atestado de Antecedentes Criminais para investidura em concurso público.*
- **Declaração aceita:**



A Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biométricas, após pesquisa no Sistema de Informações Policiais - SIP, que até a presente data, 11/08/2023 às 15:23, que \_\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_ - CE, RG Nº \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_

**NÃO REGISTRA ANTECEDENTES CRIMINAIS**

**Observações:**  
1) Atestado expedido gratuitamente por meio da Internet em conformidade com a Portaria Nº1556/2009 de 28 de outubro de 2009;  
2) Este Atestado foi expedido com base nos dados informados, os quais devem ser confirmados pelo interessado ou destinatário, com os documentos de identificação;  
3) A autenticidade deste atestado poderá ser confirmado na página da Secretaria da Segurança Pública do Ceará, no endereço (<http://www.sspds.ce.gov.br>)  
4) Este atestado é válido por 90 dias.

Fortaleza - CE, 11/08/2023 15:23

## ITEM 11 – CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA DA JUSTIÇA FEDERAL (Seção Judiciária Do Ceará - JFCE)

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://certidores.trf5.jus.br/certidores2022/paginas/certidaocriminal.faces>
- Preencher todos os campo selecionando o Órgão JFCE - Justiça Federal no Ceará e clicar em “pesquisar”

FÓRUM DA JUSTIÇA FEDERAL DA 5ª REGIÃO TRF5 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO

Certidão Negativa

O tratamento de dados pessoais necessários para emissão das certidões judiciais se destina a identificar os termos circunstanciados, inquéritos ou processos em nome da pessoa que figura no polo passivo da relação processual, conforme exigência do inciso I do art. 23 da Lei n. 13.709/2018 (LGPD)

Certidões emitidas segundo a [Resolução N. 680/2020](#)

Emitir Certidões ▶ Certidão Negativa

Certidão Judicial Criminal

O uso indevido das informações obtidas na Certidão poderá acarretar a responsabilização civil, penal ou administrativa.

\* Campos obrigatórios

SREG - Regional = Contempla toda a 5ª Região (TRF5 + JFAL + JFCE + JFPB + JFPE + JFRN + JFSE)

\* Órgão: JFCE - JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ

\* CPF/CNPJ:

\* Nome Completo:

\* Data de Nascimento:

bracels

\* Digite o Código acima: yeaixed

Solicitar Certidão Limpar

- Após preencher todos os campos, clicar em “sim” caso não encontre processos

Certidão Negativa

destina a identificar os termos circunstanciados, inquéritos ou processos em nome da pessoa que figura no polo passivo da relação processual, conforme exigência do inciso I do art. 23 da Lei n. 13.709/2018 (LGPD)

Certidões emitidas segundo a [Resolução N. 680/2020](#)

Emitir Certidões ▶ Certidão Negativa

Certidão Judicial Criminal

O uso indevido das informações obtidas na Certidão poderá acarretar a responsabilização civil, penal ou administrativa.

\* Campos obrigatórios

SREG - Regional = Contempla toda a 5ª Região (TRF5 + JFAL + JFCE + JFPB + JFPE + JFRN + JFSE)

\* Órgão: JFCE - JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ

\* CPF/CNPJ:

\* Nome Completo:

\* Data de Nascimento:

yeaixed

\* Digite o Código acima: yeaixed

Sim Não

Solicitar Certidão Limpar

- Certidão aceita:



### CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA

N. 2023

**CERTIFICAMOS**, na forma da lei, que, consultando os sistemas processuais abaixo indicados, **NÃO CONSTAM**, até a presente data e hora, PROCESSOS de classes CRIMINAIS contra:

(Data de Nascimento: )

OU  
CPF/CNPJ N°

Certidão emitida em: 01/08/2023 às 17:30:44 (data e hora de Brasília)

Observações:

- a) A autenticidade desta certidão poderá ser verificada, no prazo de 90 (noventa) dias, por qualquer interessado no site da JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ, endereço [www.jfce.jus.br](http://www.jfce.jus.br) por meio do código de validação abaixo;
- b) A pesquisa realizada com base no CPF/CNPJ informado abrange processos em que o titular ou seu eventual espólio figure como parte;
- c) Nos casos do § 1º do art. 4º da Resolução nº 680/2020 (CPF não informado), o nome indicado para consulta será de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;
- d) Certidão expedida gratuitamente e nos termos da Resolução CNJ nº 121/2010 e da Resolução CJF nº 680/2020;
- e) Os processos de Juizados Criminais estão abrangidos por esta Certidão;
- f) Certidão emitida em consulta às seguintes bases de dados (data e hora de Brasília):  
**SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ** (Sistemas de Processos Judiciais Eletrônicos: PJe e SEEU; Sistemas de Processos Judiciais Físicos: Tebas) até: 31/07/2023 às 05:16:21.

**CÓDIGO DE VALIDAÇÃO:**

## **ITEM 12. CERTIDÃO NARRATIVA DE INEXISTÊNCIA DE CNPJ VINCULADO A CPF EMITIDO POR MEIO DO GOV.BR/REDESIM.**

### **COMO ACESSAR:**

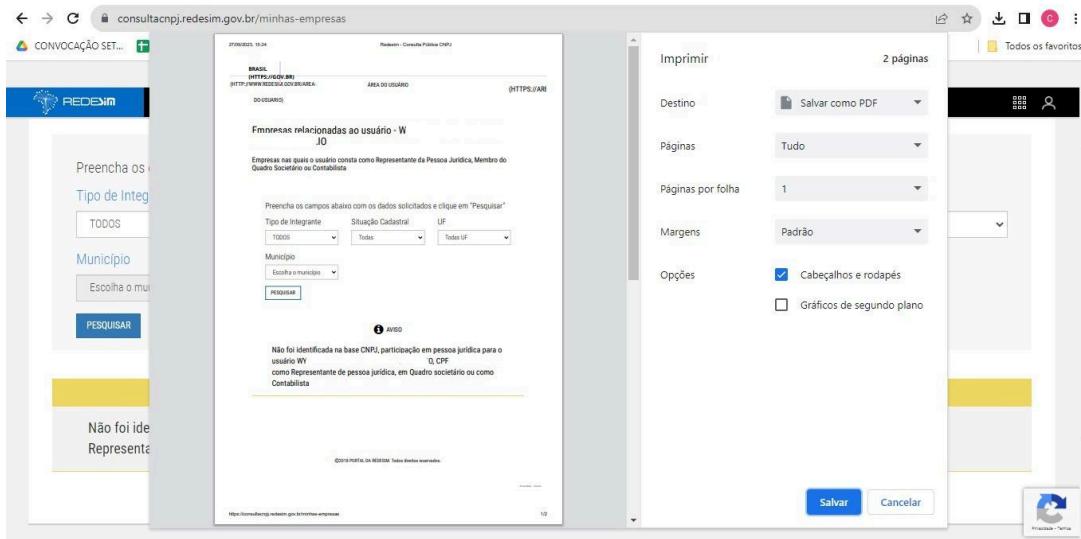
- Ao clicar no link <https://consultacnpj.redesim.gov.br/minhas-empresas>, você será encaminhado para o site do GOV.BR conforme imagem abaixo:

The screenshot shows the gov.br login interface. On the left, there's a photo of a smiling woman holding a smartphone. The gov.br logo is in the center. Below it, text reads: "Uma conta gov.br garante a identificação de cada cidadão que acessa os serviços digitais do governo". To the right, there's a form field labeled "CPF" with the placeholder "Digite seu CPF" and a "Continuar" button. Below the form, there are links for "Login com seu banco" (with a note "SUA CONTA SERÁ PRATA"), "Login com QR code", and "Seu certificado digital".

- Digite seu CPF no campo indicado, logo em seguida será solicitado a senha cadastrada para realizar o seu login.  
→ Após o login, você será direcionado para a seguinte página:

The screenshot shows the REDESIM search results page. At the top, there's a search bar with fields for "Tipo de Integrante" (set to "10000"), "Situação Cadastral" (set to "Todos"), "UF" (set to "Todos UF"), and "Município" (set to "Escolha o município"). Below the search bar, a red arrow points to the "Pesquisar" button. A message in red text says: "Selecione a opção "Todos" nestes campos e depois clique em pesquisar.". Below the search bar, a yellow bar displays the message: "Não foi identificada na base CNPJ, participação em pessoa jurídica para o usuário W". At the bottom, there's a navigation bar with links: "Pesquisar pelo CPF", "Consultas CNPJ", "Relatórios", "Ajuda", and "Sair".

Após clicar em pesquisar, aperte Ctrl+P no seu teclado para salvar a imagem em PDF.



Clique em salvar e anexe ao formulário no campo indicado.

**Ou, caso você possua algum CNPJ vinculado ao seu CPF, deverá gerar o PDF e enviar o seguinte modelo:**

| Redesim - Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios |      |                                     |                     |                    |               |                |  |
|--|------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------|----------------|--|
| Consulta Minhas Empresas   |      |                                     |                     |                    |               |                |  |
| Nome   | CNPJ | Tipo de Integrante                  | Qualificação        | Situação Cadastral | Município/UF  | Tipo do Estab. |  |
| LTDA   | 46   | 56 REPRESENTANTE DA PESSOA JURÍDICA | Sócio-Administrador | Ativa              | FORTALEZA/ CE | Matriz         |  |
| LTDA   | 46   | -56 MEMBRO DO QUADRO SOCIETÁRIO     | Sócio-Administrador | Ativa              | FORTALEZA/ CE | Matriz         |  |

Salve em PDF e anexe ao formulário no campo indicado.

## **ITEM 13. AUTORIZAÇÃO DA CESSÃO PELO DIRIGENTE MÁXIMO**

- Este documento **destina-se exclusivamente a servidores cedidos**. O documento comprobatório da cessão, a ser anexado ao link, deve ser uma publicação oficial, ofício ou portaria emitida pelo dirigente máximo do órgão de origem do servidor, autorizando a cessão.