



FICHA CADASTRAL VEREADOR

NOME:			
NOME SOCIAL:			
TEL. FIXO/CELULAR:			
EMAIL:			
GÊNERO:	☐ MASCULINO	☐ FEMININO	☐ OUTRO:
COR/RAÇA (Para fins do disposto na Portaria do Ministério do Trabalho nº3784/2023, em cumprimento da Lei 14.553/02023) (☐ Branca (☐ Preta (☐ Parda (☐ Amarela (☐ Indígena			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA? (☐ Não (☐ Sim - Qual?:			
TIPO SANGUÍNEO:			
ESCOLARIDADE:			
ESTADO CIVIL: (☐ Solteiro (☐ Casado (☐ Separado (☐ Divorciado (☐ Viúvo (☐ União Estável			
POSSUI FILHOS: (☐ Não (☐ Sim (informar quantos):			
CONTATO EMERGÊNCIA (nome/telefone):			
ENDEREÇO:			
NÚMERO:		COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	
CIDADE/UF:			
RECEBE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO? (☐ NÃO (☐ SIM (anexar documentos comprobatórios)			

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA VEREADOR

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA NOMEAÇÃO

- Todos os documentos devem estar LEGÍVEIS;
- **FOTOS DE DOCUMENTOS NÃO SERÃO ACEITAS**, devido à má qualidade da imagem;
- Os documentos pessoais ORIGINAIS devem ser DIGITALIZADOS e protocolados em formato PDF. Não serão aceitos processos em que conste apenas cópias digitalizadas dos documentos;
- Todas as declarações devem estar ASSINADAS E DATADAS;
- A apresentação dos documentos listados acima é exigência do TRIBUNAL DE CONTAS e do ESOCIAL - GOVERNO FEDERAL.

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

	01 - CURRICULUM VITAE - Deve conter obrigatoriamente dados pessoais, telefone e endereço
	02 - RG e CPF digitalizados - CNH somente não será aceita, pois não contém todas as informações necessárias
	03 - CNH digitalizada - Caso tenha; não desobriga apresentar RG/CPF



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

	04 - Cópia da Carteira de RESERVISTA – SE FOR HOMEM - Exceto aqueles com 46 anos ou mais
	05 - Carteira de Trabalho Digital – Baixar o App, fazer login, no menu inferior da página inicial clicar no ícone “Enviar”, marcar a opção “Todos os dados da carteira”, clicar no ícone laranja para gerar o documento em PDF. Se for pelo site, acesse https://servicos.mte.gov.br/ , clicar em Carteira de Trabalho Digital, fazer login, clicar em “Imprimir carteira”, marcar a opção “Todos os dados da carteira”.
	06 - Cópia recente do comprovante de residência com CEP – Atualizado e Legível
	07 - Cópia do Atestado da escolaridade informada – Certificado e/ou Diploma de conclusão do ensino fundamental/médio/técnico/superior/especialização (apresentar conforme grau de escolaridade atual)
	08 - SE CASADO - Anexar certidão casamento/união estável e CPF do cônjuge
CERTIDÕES	
	01 - Certidão de Quitação Eleitoral
DECLARAÇÕES	
	01 - Declaração POSITIVA ou NEGATIVA para acúmulo de cargo público - Instruções: - Em caso de <u>não exercer cargo ou função pública</u>, apresentar a Declaração Negativa; - Em caso de <u>exercer cargo ou função pública</u>, e houver compatibilidade para acúmulo, apresentar a Declaração Positiva e Formulário 01-A e documentos relacionados no próprio formulário; - Em caso de <u>exercer cargo ou função pública</u>, e houver incompatibilidade para acúmulo, apresentar a Declaração Positiva e Formulário 01-B e documentos relacionados no próprio formulário.
	02 - Declaração de Bens e Valores - Modelo fornecido pela SGP
	03 - Termo de ciência para tratamento de dados pessoais
	04 - Formulário de declaração de dependentes – Apresentar documentos comprobatórios obrigatórios - Certidão de Nascimento ou RG, e CPF (independentemente da idade) , e ASSINALAR se é opção dedução do imposto de renda ou não (UM FORMULÁRIO PARA CADA DEPENDENTE). Preencher apenas quando houver dependentes a declarar.
	05 - SE OPTANTE PELO AUXILIO SAÚDE – Apresentar requerimento e comprovante de plano ou seguro de saúde ativo de operadora registrada na ANS.



01 - DECLARAÇÃO NEGATIVA PARA ACÚMULO DE CARGO PÚBLICO

Eu, _____, portador(a) do RG n.º _____, órgão expedidor _____, com data da expedição em _____, portador do CPF n.º _____, natural de _____, residente no endereço: _____ n.º _____, bairro _____, CEP _____, e inscrito na previdência social pelo PIS n.º _____.

DECLARO, para todos os fins de direito, em especial para exercer o cargo de Vereador pela Câmara Municipal de Cuiabá, que não exerço cargo ou função perante a Administração Pública Federal, Estadual, ou Municipal Direta ou Indireta, estando, portanto, livre e desimpedido para o exercício de cargo ou função pública perante esta Casa Legislativa.

DECLARO, também estar ciente que a Constituição Federal, Estadual e a Lei Orgânica do Município de Cuiabá veda a acumulação de cargos públicos, salvo a exceção expressamente consentidas pela Carta Constitucional.

DECLARO, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por mim e aposta ao final deste documento é verdadeira.

Por ser verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

01 - DECLARAÇÃO POSITIVA PARA ACÚMULO DE CARGO PÚBLICO

Eu, _____, portador(a)
do RG n.º _____, órgão expedidor _____, com data da expedição em
_____, portador do CPF n.º _____, natural de
_____, residente no endereço:
_____, n.º _____, bairro
_____, CEP _____, e inscrito na previdência social pelo PIS
n.º _____.

DECLARO, para todos os fins de direito, **que exerço o cargo público** de
_____ em exercício no(a)
_____, cumulativamente com o de Vereador
desta Casa de Leis, **resguardado pela exceção** expressamente contida nos termos do inciso III, artigo
38 da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, tendo em vista que a Constituição Federal,
Estadual e a Lei Orgânica do Município de Cuiabá veda a acumulação de cargos públicos e a Lei Orgânica
do Município de Cuiabá veda a acumulação de cargos públicos (**apresentar Formulário 01-A ou 01-B
devidamente preenchido e documentação comprobatória**)

DECLARO, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por
mim e aposta ao final deste documento é verdadeira.

Por ser verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



01-A -EXERCÍCIO DE MANDATO ELETIVO COM OPÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO POR COMPATIBILIDADE DE HORÁRIO

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, na qualidade de vereador da Câmara Municipal de Cuiabá, declaro que:

- Ocupo o cargo público de _____, no órgão _____;
- A carga horária semanal é de _____ horas;
- Regime Previdenciário: _____.

Comprometo-me a apresentar o seguinte documento junto a este formulário:

- **Declaração de compatibilidade de horário, emitida pelo órgão de origem, informando a carga horária semanal e os horários diários de trabalho.**

DECLARO, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por mim e aposta ao final deste documento é verdadeira.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



01-B – EXERCÍCIO DE MANDATO ELETIVO COM AFASTAMENTO DO CARGO PÚBLICO POR INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIO

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, na qualidade de vereador da Câmara Municipal de Cuiabá, declaro que:

- Ocupo o cargo público de _____, no órgão _____;
- A carga horária semanal é de _____ horas;
- Regime Previdenciário: _____;
- Solicitei o afastamento _____ em meu órgão de origem;
- Faço opção pela () remuneração do cargo de origem () subsídio do cargo eletivo.

Comprometo-me a apresentar a seguinte documentação junto a este formulário:

- **Cópia do processo de afastamento para exercício de mandato eletivo, bem como publicação do ato concessivo;**
- **Declaração emitida pelo órgão de origem, comprovando a manutenção do vínculo ao regime de previdência, base de cálculo, alíquotas, valor da contribuição, agência e conta bancária para repasse das contribuições, e contato para realização de atualização sempre que necessário;**
- **Holerite atualizado.**

DECLARO, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por mim e aposta ao final deste documento é verdadeira.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



02 - DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, _____,
portador(a) do RG n. _____, inscrito(a) no CPF sob o n.
_____, em cumprimento às disposições legais pertinentes,

DECLARO que:

- a.** () Não possuo bens e valores patrimoniais.
- b.** () Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis, móveis, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou quaisquer outros bens e valores patrimoniais localizados no País ou no exterior):

Obs.: a presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro (a), filho (a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

DISCRIMINAÇÃO DO BEM (resumida)	VALOR (R\$)

DECLARO, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por mim e aposta ao final deste documento é verdadeira.

Cuiabá, ____ de _____ de _____.

Assinatura



03 - TERMO DE CIÊNCIA PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DOS COLABORADORES

Através do presente instrumento, o (a) Sr. (a) _____, portador(a) do RG N.º _____, órgão expedidor _____, inscrito (a) no CPF N.º _____, aqui denominado (a) como TITULAR DE DADOS, declara para os devidos fins de direito, estar plenamente ciente de que a **CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ**, inscrita no CNPJ sob nº 33.710.823/0001-60, aqui denominada como CONTROLADORA, realizará o tratamento de seus dados pessoais necessários à execução do contrato de trabalho e para o cumprimento de suas obrigações legais e regulatórias, conforme disposto neste termo.

CLÁUSULA PRIMEIRA

Dados Pessoais

1.1. O (a) TITULAR DE DADOS reconhece que, para as finalidades dispostas neste termo, a CONTROLADORA poderá tratar seus dados pessoais que incluem, mas não se limitam a:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Número e imagem da Carteira de Identidade (RG);
- Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- Número e imagem do Título de Eleitor;
- Número e imagem do Certificado de Reservista;
- Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- Número e imagem do Programa de Integração Social (PIS);
- Número e imagem da CTPS física e/ou digital;
- Número e Imagem da Carteira Profissional;
- Fotografia 3x4;
- Imagem da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável;
- Imagem do Diploma de Escolaridade;
- Nome dos genitores;
- Tipo sanguíneo e fator Rh;
- Endereço completo;
- Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail;
- Nome dos filhos, inclusive as datas de nascimento e inscrição no CPF;
- Dados bancários, como banco, agência e número de contas correntes;
- Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços da Controladora;



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

- Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador;
- Imagem de certidões expedidas por órgãos públicos, exigidas para nomeação;
- Imagem de declarações assinadas, exigidas para nomeação;
- Exames e atestados médicos, especialmente admissionais, periódicos, incluídos de retorno por afastamento superior a 30 dias em caso de doença, acidente ou parto, de mudança de função, e ainda aqueles que atestem doença ou acidente;
- Situações conjugais que possam ter reflexos nas relações de trabalho, como pagamento de pensão alimentícia e inclusão de dependente no plano de saúde;

CLÁUSULA SEGUNDA

Finalidade do Tratamento dos Dados

2.1. O tratamento de dados pessoais tem como finalidades:

- Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular, em razão do vínculo empregatício;
- Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente trabalhista e previdenciária;
- Para procedimentos de admissão e execução do vínculo de trabalho, inclusive após exoneração;
- Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
- Possibilitar que o empregador possa utilizar os dados para emissão de recibos de pagamento de salários, férias e décimo - terceiro salário;
- A pedido do titular dos dados;
- Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;
- Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;
- Permitir que a Controladora utilize esses dados para a contratação de serviços em instituições financeiras e planos de saúde, desde que o Titular demonstre interesse em contratá-los;
- Possibilitar que o empregador possa utilizar os dados para compartilhamento com sindicato ou associação de servidores;

2.2. A CONTROLADORA irá tomar toda e qualquer decisão referente ao tratamento dos dados pessoais dispostos neste termo, assegurando que tais decisões estejam alinhadas com as finalidades especificadas.

CLÁUSULA TERCEIRA

Compartilhamento de Dados

3.1. O(a) TITULAR DE DADOS está ciente e de que a CONTROLADORA poderá compartilhar seus dados pessoais com terceiros, incluindo, mas não se limitando a, órgãos governamentais, para o cumprimento de obrigações legais, e com prestadores de serviços contratados, que atuem em nome e sob as instruções da CONTROLADORA. Tal compartilhamento ocorrerá exclusivamente para as finalidades previstas neste termo



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

e sempre em conformidade com a legislação aplicável, assegurando medidas adequadas para a proteção dos dados pessoais

CLÁUSULA QUARTA

Responsabilidade pela Segurança dos Dados

4.1. O(a) TITULAR DE DADOS está ciente de que a CONTROLADORA se compromete a adotar as medidas de segurança técnicas e administrativas adequadas para proteger os dados pessoais do(a) TITULAR DE DADOS contra qualquer forma de tratamento inadequado ou não autorizado.

CLÁUSULA QUINTA

Término do Tratamento dos Dados

5.1. A Controladora poderá manter e tratar os dados pessoais do(a) TITULAR DE DADOS durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas no presente termo e ainda após o término do vínculo empregatício para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

CLÁUSULA SEXTA

Declaração de ciência e concordância

6.1. Por meio deste termo, o(a) Sr(a) declara que as informações sobre o tratamento de seus dados pessoais foram-lhe fornecidas de forma clara e precisa, manifestando, por esta via, sua plena ciência com tal tratamento, nos termos aqui descritos.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

04 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Nome do Servidor:											
CPF:											
Nome do Dependente:											
CPF:											
Tipo de Dependente eSocial (marcar a opção correspondente):											
☐	01 - Cônjuge										
☐	02 - Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável										
☐	03 - Filho(a) ou enteado(a)										
☐	04 - Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos										
☐	06 - Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial										
☐	09 - Pais, avós e bisavós										
☐	10 - Menor pobre do qual detenha a guarda judicial										
☐	11 - A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador										
☐	12 - Ex-cônjuge										
☐	99 - Agregado/Outros										
Dependente tem incapacidade física ou mental para o trabalho?			<table border="1"><tr><td>☐</td><td>SI</td><td>☐</td><td>NÃ</td></tr><tr><td>☐</td><td>M</td><td>☐</td><td>O</td></tr></table>	☐	SI	☐	NÃ	☐	M	☐	O
☐	SI	☐	NÃ								
☐	M	☐	O								

- **Solicita Inclusão do dependente para dedução do imposto de renda retido na fonte?**

() SIM () NÃO

Para fins do Imposto de Renda, declaro que é meu dependente a pessoa acima relacionada.

Declaro, ainda, que este dependente vive sob minha dependência econômica e que não possuo cônjuge ou companheiro(a) que já deduz o referido dependente em seu Imposto de Renda, e/ou, no caso de ascendentes, que não auferem rendimentos acima do limite de isenção mensal.

Declaro, por fim, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas se revestem de veracidade, sendo de minha inteira responsabilidade, sobretudo quanto ao enquadramento dos dependentes nas situações previstas na legislação.

Cuiabá/MT, _____ de _____ de _____.

Declarante



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

- ✓ Será deduzido da base de cálculo do imposto de renda o valor previsto em tabela vigente para cada dependente.
- ✓ Os dependentes comuns deverão ser informados apenas para um dos cônjuges.
- ✓ O beneficiário de pensão alimentícia não pode ser incluído como dependente pelo pagador da pensão, exceto nos casos em que o parente que detém a guarda não o tenha incluído.

Para imposto de renda, são admitidos os dependentes relacionados abaixo, sendo obrigatório informar o número do CPF e juntar o documento que comprove a situação de dependência:

- **o cônjuge** - cópia do documento de identidade e da certidão de casamento;
 - **o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de cinco anos, ou por período menor se da união resultou filho** - cópia do documento de identidade e da escritura pública de união estável;
 - **filha/filho** - cópia da certidão de nascimento ou do documento de identidade;
 - **enteada/enteado** - cópia da certidão de casamento e da certidão de nascimento ou documento de identidade do dependente;
 - **filha/filho/enteada/enteado quando entre 22 e 25 anos incompletos e cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau** - cópia do documento de identidade (dependente) e do documento emitido pela instituição de ensino que comprove a matrícula e a frequência;
 - **filha/filho/enteada/enteado incapacitado física ou mentalmente para o trabalho** - cópia do documento de identidade (dependente) e dos documentos que comprovem a incapacidade permanente;
 - **menor pobre até 22 anos ou maior até 25 anos incompletos se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial** - cópia do documento de identidade (dependente) e do termo de guarda, e do documento emitido pela instituição de ensino que comprove a matrícula e a frequência se for o caso;
 - **irmã(o), neta(o) ou bisneta(o) sem arrimo dos pais até 22 anos incompletos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho** - cópia dos documentos de identidade e do termo de guarda;
 - **pais, avós ou bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal** - cópia dos documentos de identidade;
 - **absolutamente incapaz do qual o contribuinte seja tutor ou curador** - cópia do documento de identidade (dependente), do termo de curatela e dos documentos que comprovem a incapacidade permanente.
- ✓ Em relação aos dependentes entre 22 e 25 anos de idade, anualmente o servidor deverá comprovar a condição de estudante em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, enviando cópia do atestado de matrícula para a Secretaria de Gestão de Pessoas.

****PREENCHER 01 FORMULÁRIO PARA CADA DEPENDENTE****



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

05 - REQUERIMENTO PARA RECEBIMENTO DE AUXÍLIO-SAÚDE DE AGENTES POLÍTICOS DA CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
Nome:
Matrícula/cargo/mandato:
Recebe outra verba/vantagem de natureza semelhante à do auxílio-saúde? () sim () não
Pelo presente, venho requerer o Auxílio-Saúde indenizatório para Agente Político na forma da Lei 6.758/2022, para isso, de acordo com o § 2º do artigo 2º da referida lei, DECLARO não receber outros auxílios de natureza semelhante. Outrossim, tratando-se auxílio de caráter indenizatório DECLARO total ciência quanto à necessidade de comprovação de gastos relativos ao custeio da saúde suplementar na forma e no prazo estabelecido pelo art. 3º da Lei 6758/2022. DECLARO, ainda, sob as penas da lei, e para que produzam todos os efeitos jurídicos, que a assinatura feita por mim neste documento é verdadeira.
Local e data:
Assinatura:
OBSERVAÇÕES: Decreto-Lei nº 2.848, de 07-12-1940 (Código Penal Brasileiro). Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração, que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular. Parágrafo Único – Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte. LEI Nº 6.758 DE 13 DE JANEIRO DE 2022. DISPÕE SOBRE A CONCESSÃO DE AUXÍLIO-SAÚDE AOS AGENTES POLÍTICOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. O PREFEITO MUNICIPAL DE CUIABÁ - MT: Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º Fica instituído o auxílio-saúde, de caráter indenizatório, para os agentes políticos da Câmara Municipal de Cuiabá em efetivo exercício do mandato, mediante pagamento mensal, em pecúnia, na forma desta Lei. Art. 2º O auxílio-saúde destina-se a ressarcir parcialmente, em caráter indenizatório, as despesas decorrentes de gastos relativos à saúde suplementar. § 1º O auxílio-saúde será concedido em cota única mensal no valor de R\$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais). § 1º O auxílio-saúde será concedido em cota única mensal no valor correspondente a 12% do subsídio básico do Vereador. (NR) (Redação dada pela Lei nº 6.901, de 16 de janeiro de 2023) § 2º O agente político que optar perceber o auxílio-saúde deverá formalizar requerimento de inclusão, acompanhado de declaração de não percepção de qualquer outra forma de auxílio ou benefício dessa natureza. Art. 3º O agente político ficará obrigado, a cada 12 (doze) meses, a apresentar comprovação dos gastos relativos ao custeio da saúde suplementar, prazo este contado a partir do primeiro recebimento. § 1º As despesas referidas no caput deste artigo poderão ser comprovadas através de quitação de boletos bancários, recibos e notas fiscais emitidos pelas empresas operadoras de plano ou seguro de saúde devidamente autorizadas e registradas na Agência Nacional de Saúde - ANS. § 2º Ficará isento da exigência do caput o agente político cujos custos referentes a esta lei sejam descontados, mês a mês, diretamente da folha de pagamento do Poder Legislativo municipal. § 3º Na hipótese de não comprovação dos gastos no prazo assinalado no caput, a concessão do benefício será suspensa até a devida regularização.



ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL

§ 4º Não havendo regularização da comprovação dos gastos no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do termo final previsto no caput deste artigo, o beneficiário estará sujeito à devolução das parcelas recebidas indevidamente, sem prejuízo das sanções administrativas e penais cabíveis.

Art. 4º O auxílio-saúde de que trata esta lei:

I - não terá natureza salarial, nem se incorporará à remuneração para quaisquer efeitos, inclusive para concessão de gratificação natalina e terço constitucional de férias;

II - não se configurará como rendimento tributável e nem se constituirá base para incidência de contribuição previdenciária;

III - não poderá ser percebido com outro auxílio ou benefício de mesmo título ou por idêntico fundamento;

IV - não integrará a base de cálculo para margem consignável.

Art. 5º Não fará jus ao benefício do auxílio-saúde o agente político que por quaisquer motivos se encontrar em afastamento não remunerado.

Art. 6º Dar-se-á a perda do auxílio-saúde quando ocorrer:

I - desligamento definitivo do cargo, tais como perda ou renúncia ao mandato eletivo e falecimento;

II - fraude.

Parágrafo único. Na hipótese prevista no inciso II deste artigo, o agente político estará sujeito às sanções administrativas, civis e penais, conforme o caso.

Art. 7º A Câmara Municipal de Cuiabá, no que couber, regulamentará esta lei por meio de Resolução.

Art. 8º As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias da Câmara Municipal de Cuiabá.

Art. 9º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos financeiros a partir de 01 de janeiro de 2022.

LEI Nº 6.901 DE 16 DE JANEIRO DE 2023. ALTERA O § 1º DO ART. 2º DA LEI Nº 6.758, DE 13 DE JANEIRO DE 2022 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. O PREFEITO MUNICIPAL DE CUIABÁ - MT: Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica alterada a redação do § 1º do Art. 2º da Lei nº 6.758 de 13 de janeiro de 2021, com a seguinte redação:

“Art. 2º (...)

(...)

§ 1º O auxílio-saúde será concedido em cota única mensal no valor correspondente a 12% do subsídio básico do Vereador. (NR)

(...)

Art. 2º Ficam revogadas as Leis nº 6.757 e 6.759, ambas de 13 de janeiro de 2022.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos financeiros a partir de 01 de janeiro de 2023.