INFORMAÇÕES DOS SERVIDORES

DADOS PESSOAS DO SERVIDOR

1.Nome do Servidor:_____

( ) Ativo ( ) Inativo

2. Filiação:

Pai: _____

Mãe: _____

3. Endereço Residencial: _____

Bairro: _____Cidade: _____

Complemento: _____ Cep: _____

UF: _____ Fones: Residencial: _____ Celular: _____

4. Endereço eletrônico: _____

5. Endereço eletrônico alternativo: _____

6. Documento de Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

Data de Expedição: _____

07. CPF: _____

08. Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

09. Número CNH: _____ Categoria: _____

Órgão Emissor: _____ Expedição: _____ Data de validade: ___/____/____

10. Data de Nascimento: ___/____/_____ 11. Município de Nascimento: _____

12. País de Nascimento: _____

13. PIS ( ) PASEP( ) NIT( ) :_____

14. Inscrição no Órgão de Classe _____ Órgão emissor _____ Data: ___/___/____

Validade: _____

15. Sexo: ( ) Masc ( ) Fem

16. Raça e Cor:

( ) Indígena

( ) Branca

( ) Negra

( ) Amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana, etc)

( ) Parda (parda ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)

17. Estado Civil:

( ) Casado

( ) Solteiro

( ) Divorciado

( ) Separado Judicialmente

( ) União Estável

( ) Viúvo

18. Servidor Divorciado ou separado judicialmente

( ) SIM, houve fixação de alimentos para o cônjuge

( ) NÃO houve fixação de alimentos para o cônjuge

19. Nome do Cônjuge/ ex-cônjuge com fixação de alimentos/companheiro(a):

_____

20. Data de nascimento do cônjuge: ____/____/_____ 21. CPF cônjuge: _____

22. Nº de dependentes: _____ **23**. Data de Nascimento do filho mais jovem: ___/___/_____

24. Portador de Deficiência Física

( ) Sim ( ) Não

25. Portador de Deficiência Visual

( ) Sim ( ) Não

26. Portador de Deficiência Auditiva

( ) Sim ( ) Não

27. Portador de Deficiência Mental

( ) Sim ( ) Não

28. Portador de Deficiência Intelectual

( ) Sim ( ) Não

29. Reabilitado (se aposentado por invalidez passou por avaliação profissional ou processo de reabilitação profissional e foi considerado apto a retornar ao trabalho)

( ) Sim ( ) Não

30. Faz uso de medicação de uso contínuo?

( ) Sim ( ) Não

31. Quais: _____

32. Portador de Doença crônica?

( ) Sim ( ) Não

33. Quais? _____

34. DEPENDENTES

( ) Cônjuge ou companheiro com o qual tenha filho ou viva há mais de cinco anos

( ) Filho ou enteado até 21 anos

( ) Filho ou enteado universitário ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 anos

( ) Filho ou enteado em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
( ) Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial até os 21 anos
( ) Irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos
( ) Irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho
( ) Pais, avós e bisavós

( ) Menor pobre, até 21 anos, que crie e eduque e do qual detenha guarda judicial

( ) Pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ Invalido: ( ) Sim ( ) Não

Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: ( ) Mas ( ) Fem

CPF: _____

É dependente para fins de dedução do Imposto de Renda?

( ) Sim ( ) Não

É dependente para fins de recebimento do salário-família?

( ) Sim ( ) Não

Número do telefone principal: _____ Telefone alternativo: _____

Endereço eletrônico: _____

Endereço eletrônico adicional: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ Invalido: ( ) Sim ( ) Não

Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: ( ) Mas ( ) Fem

CPF: _____

É dependente para fins de dedução do Imposto de Renda?

( ) Sim ( ) Não

É dependente para fins de recebimento do salário-família?

( ) Sim ( ) Não

Número do telefone principal: _____ Telefone alternativo: _____

Endereço eletrônico: _____

Endereço eletrônico adicional: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ Invalido: ( ) Sim ( ) Não

Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: ( ) Mas ( ) Fem

CPF: _____

É dependente para fins de dedução do Imposto de Renda?

( ) Sim ( ) Não

É dependente para fins de recebimento do salário-família?

( ) Sim ( ) Não

Número do telefone principal: _____ Telefone alternativo: _____

Endereço eletrônico: _____

Endereço eletrônico adicional: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ Invalido: ( ) Sim ( ) Não

Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: ( ) Mas ( ) Fem

CPF: _____

É dependente para fins de dedução do Imposto de Renda?

( ) Sim ( ) Não

É dependente para fins de recebimento do salário-família?

( ) Sim ( ) Não

Número do telefone principal: _____ Telefone alternativo: _____

Endereço eletrônico: _____

Endereço eletrônico adicional: _____

DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR

35. O trabalho na Administração Municipal é o seu primeiro emprego?

( ) Sim ( ) Não

36. Tipo de vínculo empregatício:

( ) Estatutário ( ) Professor Estatutário

37. Data de ingresso no serviço público: ____/_____/_____

LOCAL DE TRABALHO

38. Secretaria: _____

39. Setor: _____

40. Data de Admissão: ____/_____/_____ 41. Matrícula Funcional:_____

42. Cargo: _____

43. Carga horária: _____

44. Filiação Sindical: _____ 45.CNPJ Sindicato: _____

46. Tempo de exercício no último cargo: _____

47. Opção pelo FGTS (Preenchimento obrigatório para trabalhadores admitidos antes de 04/10/1988)

( ) Optante ( ) Não optante

48. Grau de Instrução:

( ) Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou

( ) Até o 5º ano incompleto do ensino fundamental (antiga 4ª série) ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado escola regular

( ) 5º ano completo do ensino fundamental (antiga 4ª série)

( ) Do 6º ano ao 9º ano do ensino fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série)

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo

( ) Educação superior incompleta

( ) Educação superior completa

( ) Especialização

( ) Mestrado completo

( ) Doutorado completo

49. Número da CTPS (carteira de trabalho) Série/UF da expedição: _____

50. Tempos de contribuição:

Período	Regime RPPS/RGPS	Privado/Publico	Geral/Magistério
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____
____/____/____ ate ____/____/____	_____	_____	_____

51. ( ) Declaro que não tenho tempo de contribuição.

52. Observações: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nova Esperança do Sul-RS, ____ de _____ de 2018.

Assinatura: _____