



**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
Estado de Minas Gerais  
Secretaria Municipal Administração

Foto

**Ficha Cadastral do Servidor**

**Dados Pessoais**

Nome:*	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Endereço:*	Nº*		
Complemento:	Bairro:*		
CEP:*	UF:*	Município:*	
Tel:*	Data Nascimento:*		
Estado Civil:*	CPF:*		
Nacionalidade:*	PIS/PASEP:*		
RG:*	Data de Emissão:*	Órgão Emissor:*	UF:*
*Situação perante a Justiça Eleitoral (§ 1º do art. 7º do Código Eleitoral, instituído pela Lei 4.737, de 1965). Situação:*			
Certificado Militar**: Categoria:		Órgão Emissor:	
UF:	Data da Expedição:	Região Militar:	
Naturalidade:*		UF:*	
Raça/Cor:	Portador de Deficiência:*	Tipo Sanguíneo:	Doador:
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:*			
Grau de instrução:*	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
Vínculo do servidor:*	<input type="checkbox"/> Efetivo	<input type="checkbox"/> Comissionado	<input type="checkbox"/> Contratado
Cargo:*	Registro do Conselho de Classe: (Obrigatório, conforme edital)		

**Dados Bancários**

Conta Salário Banco Santander (se não possuir, solicitar a carta de abertura de conta ao RH)	Agência:	Nº da Conta:
--	----------	--------------

**Atestado Admisional (Obrigatório, somente para contratados)**

Nome do Médico:*	Data:*
Número do CRM:*	<input type="checkbox"/> *Apto para a função <input type="checkbox"/> *Inapto para a função

**Termo de Responsabilidade (Preenchimento no ato da entrega)**

Declaro, que as informações contidas neste documento são verdadeiras. Assumo a responsabilidade de apresentar, quando solicitado, os documentos originais. Estou ciente que informações falsas terão penalidades previstas em leis.  
Localidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura por extenso:** \_\_\_\_\_

**Servidor Responsável Pela Conferência dos Dados**

Localidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura por extenso:** \_\_\_\_\_

**\* Campos de preenchimentos obrigatórios.**

**\*\* Obrigatório entre 1º de janeiro do ano em que completar 19 (dezenove) e 31 de dezembro do ano em que completar 45 (quarenta e cinco) anos de idade.**



**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal Administração**

**Ficha Cadastral do Dependente**

**Dados do servidor**

Nome do servidor:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Tel:*		Data Nascimento:*
Estado Civil:*		
CPF:*		RG:*

**Dependentes**

Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco:*		Data Nascimento:*	CPF:*

**Termo de Responsabilidade (Preenchimento no ato da entrega)**

Declaro, que as informações contidas neste documento são verdadeiras. Assumo a responsabilidade de apresentar, quando solicitado, os documentos originais. Estou ciente que informações falsas terão penalidades previstas em leis.

Localidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura por extenso:** \_\_\_\_\_

**Servidor Responsável Pela Conferência dos Dados**

Localidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura por extenso:** \_\_\_\_\_

**\* Campos de preenchimentos obrigatórios.**