



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 Admissional (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:*		

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.**