



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

Ficha Cadastral do Dependente

Dados do servidor

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

Dependentes

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

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.**