



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 Caixa Econômica Federal (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:*		
Grau de Parentesco:*	Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		
Grau de Parentesco:*	Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		
Grau de Parentesco:*	Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		
Grau de Parentesco:*	Data Nascimento:*	CPF:*
Nome do Dependente:*		
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.**