



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:*	<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.**