

DADOS DO FUNCIONÁRIO

CPF:				
NOME:				
ENDEREÇO:				
NÚMERO:		COMPLEMENTO:		BAIRRO:
CEP:		CIDADE:	UF:	FONE: ()
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		SEXO: () MASCULINO () FEMININO		COR:
ESTADO CIVIL:		CÔNJUGE:		
E-MAIL:		ESCOLARIDADE:		
PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL: () SIM () NÃO				
RG:		ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DE EMISSÃO: ____/____/____
NACIONALIDADE:		NATURALIDADE:	UF:	
CTPS:		SÉRIE:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:
PIS/PASEP/NIS:		TÍTULO DE ELEITOR:	SEÇÃO:	ZONA:
FILIAÇÃO:				
PAI:				
MÃE:				
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA:	
TIPO DE VÍNCULO: () EFETIVO () COMISSIONADO () CONTRATADO () CLT () ELETIVO SINDICALIZADO: () SIM () NÃO				
DEPENDENTES				
SEXO	PARENTESCO	CPF	NOME	DATA DE NASC.
() M () F				____/____/____
() M () F				____/____/____
() M () F				____/____/____
() M () F				____/____/____
() M () F				____/____/____
PENSIONISTA				
CPF:		NOME:		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		TIPO: () VALOR ____ () PORCENTAGEM ____ () LÍQUIDO () BRUTO		
ENDEREÇO:				
NÚMERO:		COMPLEMENTO:		BAIRRO:
CEP:		CIDADE:	UF:	FONE: ()
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA:	
RELATÓRIO FUNCIONAL				
DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____		DATA DO CONCURSO: ____/____/____		DATA DA POSSE: ____/____/____
PORTARIA: ____				
SECRETARIA:				
UNIDADE:		LOTAÇÃO:		
SITUAÇÃO FUNCIONAL: () ATIVO - () INATIVO - () APOSENTADO - () AFASTADO - () AUX. DOENÇA - () CEDIDO				
CARGO:		PREVIDÊNCIA: () RPPS - () INSS		
INSS PAGO EM OUTRA FONTE:				
EMPRÉSTIMO:				
BANCO:		Nº DA(S) PARCELAS:	PARCELA ATUAL:	DATA INICIAL: ____/____/____
				DATA FINAL: ____/____/____

SERVIDOR PÚBLICO

RESPONSÁVEL PELA COLETA DOS DADOS

LOCAL E DATA DO CADASTRAMENTO: _____, _____ DE _____ DE 20____.