

* ATENÇÃO PARA O PREENCHIMENTO EM FORMATO ELETRONICO;
* NÃO SERÁ ACEITA FICHA CADASTRAL MANUSCRITA;
* OS NÚMEROS DE DOCUMENTOS DEVEM SER INFORMADOS SEM TRAÇOS OU PONTOS;
* NÃO ENVIAR O DOCUMENTO EM FORMATO DE FOTO, IMAGEM OU SCANEADO;
* DOCUMENTO DEVERÁ SER PREENCHIDO E CONVERTIDO EM PDF EDITAVEL;
* A ASSINATURA PODERÁ SER REALIZADA VIA GOV BR;
* DOCUMENTOS FORA DO PADRÃO SERÃO DEVOLVIDOS PARA CORREÇÃO;

| **FICHA CADASTRAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01 – DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME SEM ABREVIAÇÕES: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME SOCIAL: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO: | | | | GRUPO SANGUINEO: | | | | | | | | | | COR: | | | | | | | |
| NOME DO PAI: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DA MÃE: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CIDADE DE NASCIMENTO: | | | |  | | | | | | | | | | UF: | | |  | | | | |
| ESCOLARIDADE: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESSOA COM DEFICIENCIA: | | | | NÃO ( ) SIM ( ) Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO CIVIL: | | | |  | | | | | | | POSSUI UNIÃO ESTAVEL : | | | | | | | | | | ( )SIM ( ) NÃO |
| QUANT. DE DEPENDENTES: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NACIONALIDADE: | | | |  | | | | | | | NASCIDO NO EXTERIOR? | | | | | | | | | | ( )SIM ( ) NÃO |
| **02 – DOCUMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº IDENTIDADE SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÓRGAO EXPEDIDOR: | | | | | SÉRIE: | | | | | | | | DATA: | | | | | | | | |
| Nº TITULO ELEITORAL SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UF: | | | ZONA | | | | | SEÇÃO: | | | | | | | | | | | EMISSÃO: | | |
| Nº COMPROVANTE MILITAR SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº: | | | | | | ÓRGAO EXPEDIDOR: | | | | | | | | | | | | SÉRIE: | | | |
| CARTEIRA DIGITAL? ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº CARTEIRA DE TRABALHO SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÉRIE: | | | | | | | | UF: | | | | | | | | | | | | | |
| Nº: PIS/PASEP/NIT SEM PONTOS OU TRAÇOS: | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **03 – ENDEREÇO (UTILIZAR O CEP VÁLIDO NO SITE DOS CORREIOS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEP RESIDENCIAL SEM **SEM PONTOS OU TRAÇOS** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Nº: | | | | |
| COMPLEMENTO: | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| TELEFONE COM DDD: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL PESSOAL: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **04 – DOMICILIO BANCARIO (CONTA SALÁRIO do Banco do Brasil)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BANCO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGÊNCIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTA SALÁRIO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **05 – AUXILIO ALIMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Declaro que desejo aderir ao programa de auxílio alimentação, regulamentado pelo Decreto n. 3.887/2001 . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Não se aplica ou recebo o benefício em outro cargo acumulado licitamente. O auxílio alimentação será concedido ao servidor com base na carga horária cumprida mensalmente e na proporção dos dias trabalhados. O servidor que acumular licitamente dois cargos públicos fará jus a um único benefício mediante opção. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **06 – AUXILIO TRANSPORTE – Verificar as orientações para fazer a opção se aplicável.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. É vedado o pagamento quando utilizado veículo próprio, nos deslocamentos em intervalos para repouso e alimentação, durante a jornada de trabalho em razão do serviço. 2. Não fará jus a vantagem o servidor cujas as despesas de transporte forem inferiores a 6% do salário/vencimento básico. 3. Sempre que houver alteração do endereço ou local de trabalho o servidor deverá solicitar a alteração dos dados via Sougov. 4. No caso de passagem intermunicipal apresentar os bilhetes de passagens utilizados até o dia 10 de cada mês ao SEGEPE da unidade. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Não se aplica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Requeiro o Auxílio transporte com fundamento na IN 207, DE 21 DE OUTUBRO DE 2019. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Meio de transporte** | | | | | **Empresa** | | | | | | | | **Linha** | | | | | **Valor da Tarifa** | |
| **Residencia / Trabalho** | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **Trabalho / Residencia** | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **\* Meios de transporte:** 1)Ônibus urbano; 2)Ônibus Metropolitano; 3)Ônibus Intermunicipal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **07 – DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Não possuo dependentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Requeiro a inclusão dos seguintes dependentes para fins de Imposto de Renda: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*CÓDIGO DO DEPENDENTE 1- Cônjuge 2- Companheiro 3- Filho 4- Enteado 5- Menor sob guarda 6- Pai 7- Mãe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF DO DEPENDENTE** | | **NOME** | | | | | **CÓDIGO** | | | **NASCIMENTO** | | | | | | | | | | **PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU ESTUDANTE?** | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
| **08 – DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE AUXILIO CRECHE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Não possuo dependentes para auxilio creche. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Requeiro a inclusão do menor de 06 anos listado a seguir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF DO MENOR** | | **NOME** | | | | | **CÓDIGO** | | | **NASCIMENTO** | | | | | | | | | | **PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU ESTUDANTE?** | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinar com a assinatura eletrônica