



PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA EXECUTIVA DE ADMINISTRAÇÃO, LOGÍSTICA E GESTÃO DE PESSOAS
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS

FICHA CADASTRAL

1 - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

NOME (SEM ABREVIAR):					
ENDEREÇO:			Nº:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	TELEFONE:	
DATA DO NASC.: / /	END. ELETRÔNICO (e-mail):		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CELULAR:	
IDENTIDADE N.º:	ÓRGÃO:	UF:	DATA EXPEDIÇÃO: / /	CPF/CIC:	RESERVISTA N.º
CTPS N.º:	SÉRIE:	UF:	DATA EXPEDIÇÃO: / /	PIS/PASEP: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	NATURALIDADE
TÍTULO ELEITOR N.º:	ZONA:	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS			TIPO SANGUÍNEO:
MUNICÍPIO:	SEÇÃO:	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DESQ. <input type="checkbox"/> DIVORC			FATOR Rh:
INSTRUÇÃO: <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> NÍVEL FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> NÍVEL MÉDIO <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR <input type="checkbox"/> NÍVEL FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> NÍVEL MEDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO					
<input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL (MEDICINA, ENGENHARIA, ETC.):		INSC. CONS. CLASSE:	CONJUGE: FONE:	
COR / RAÇA: <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> OUTROS			FILIAÇÃO (PAI E MÃE):		

2- IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL (SERVIDOR COM VÍNCULO COM A UNIÃO/ESTADOS/MUNICÍPIOS)

SECRETARIA					
UNIDADE DE LOTAÇÃO:			NÍVEL / REFERÊNCIA / SIMBOLO:	SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO	
DATA ADMISSÃO: / /	TERMO DE OPÇÃO	REGIME DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> CLT		CARGA HORÁRIA:	HORÁRIO DE TRABALHO: DE ÀS
LOTAÇÃO:	OUTRO VÍNCULO	CARGO			MATRÍCULA

3- IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL (SERVIDOR SEM VÍNCULO COM A UNIÃO/ESTADOS/MUNICÍPIOS)

CARGO:			NÍVEL / REFERÊNCIA / SIMBOLO:	MATRÍCULA:	
ATO N.º:	DATA PUBLICAÇÃO D.O.: / /	DATA EXERCÍCIO: / /	HORÁRIO DE TRABALHO: DE ÀS:		
LOTAÇÃO:					
LOCAL:			DATA:		
ASSINATURA:			ENTREVISTADOR:		

4 - DECLARAÇÃO DE BENS

BENS A DECLARAR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	VALOR R\$

Declaro que são verdadeiras as informações acima, pelo que assumo inteira responsabilidade.

_____, _____ de _____ de _____

Declarante

OBSERVAÇÕES:

=> Sempre que ocorrer alterações nesta declaração, a mesma deverá ser renovada;

=> No caso de dependentes comuns (filhos), esta deverá ser assinada por ambos os cônjuges.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:

- 01 FOTO 3 X 4 (COLORIDA E ATUAL) CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO DO BRASIL (SE FOR CORRENTISTA)
- CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE CÓPIA DO CPF
- CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR CÓPIA DO ÚLTIMO COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
- CÓPIA DO CARTÃO DO PIS/PASEP CÓPIA DA CARTEIRA DE TRAB. (PÁG. DA FOTO E ANVERSO)
- CÓPIA DO CERTIFICADO DE RESERVISTA (HOMEM)
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO (SERVIDOR)
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (FILHO)
- CÓPIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUALIZADA)
- CÓPIA DA ÚLTIMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (SE NOMEADO PARA CARGO EM COMISSÃO)
- CÓPIA DO REGISTRO NO ÓRGÃO DE CLASSE
- CÓPIA DO DIPLOMA OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO OU TÉCNICO
- FICHA DEZENOVE
- CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRA-CHEQUE (SE SERVIDOR CEDIDO A PMJG)
- DECLARAÇÃO DE OUTRO VÍNCULO FUNCIONAL (ACUMULAÇÃO LEGAL)
- OUTROS:

5 - DADOS BANCO PARA RECEBIMENTO REMUNERAÇÃO(BANCO DO BRASIL)

JÁ TEM CONTA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	AGENCIA	CONTA CORRENTE
OUTRAS INFORMAÇÕES:	OBS: PARA CADASTRO DOS DADOS BANCÁRIOS, ACEITAMOS APENAS CONTA CORRENTE INDIVIDUAL	

6 - DECLARAÇÃO DE (NÃO) VÍNCULO

Declaro para todos os efeitos legais, que NÃO ACUMULO cargos, empregos ou funções públicas, em cumprimento ao disposto no art. 37, XVI, da Constituição Federal.

_____, _____ de _____ de _____

Declarante

OUTRAS INFORMAÇÕES: