



**RECADASTRAMENTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS
ATIVOS**

Matrícula de Origem

Caso ocupe outro cargo, informe a 2ª matrícula

DADOS PESSOAIS

1- Nome completo (não abreviar)

2- Filiação (não abreviar)

Nome do Pai

Nome da Mãe

3- Sexo

Fem. Masc.

4- Data de Nascimento

/ /

5- Nacionalidade

6- Naturalidade

7- UF

8- Grau de Instrução

1- Analfabeto 2- Alfabetizado 3- Ensino Fundam. Incompleto 4- Ensino Fundam. Completo
5- Ens. Médio Incompleto 6- Ens. Médio Completo 7- Superior Completo
8- Superior Completo 9- Pós-Graduação 10- Mestrado 11- Doutorado 12- Pós-doutorado

9- Estado Civil

1- Casado 2- Solteiro 3- Viúvo
4- Separado Judicialmente
5- Divorciado 6- União Estável

ENDEREÇO

10- Logradouro (Avenida, Rua, Travessa, etc...)

11- Município

UF

12- CEP

13- Bairro

14- Telefone

15- E.mail

DOCUMENTAÇÃO

16- CPF

17- Título de Eleitor

Zona

Seção

18- Carteira de Identidade

Órgão Expedidor

UF

Data de Expedição

/ /

19- PIS/PASEP

20- Certificado de Reservista

21- Carteira de Trabalho

Série

Ano

UF

22- Formação Profissional

rubrica ou assinatura do servidor/a _____

TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**3**

Antes de admissão nesta municipalidade, você contribuiu para outro Instituto de Previdência?

Sim Não

Se a resposta for SIM, indique as datas de início e fim, os locais e o Regime Previdenciário ao qual esteve vinculado.

36 - Local (não abreviar)	Tempo de Contribuição anterior		
	* Regime	37- Datas	
		Início	Término
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Informar o Regime Previdenciário ao qual esteve vinculado (indicar **G** (geral) para INSS ou **P** para Regime (próprio)).

Recebe algum benefício de aposentadoria e/ou pensão da municipalidade?

Sim Não

rubrica ou assinatura do servidor/a _____

Códigos a serem preenchidos no formulário dos dependentes do servidor

Código de Estado Civil:	1- Casado	2- Solteiro	3- Viúvo
	4- Separado Judicialmente	5- Divorciado	6- União Estável

Código de Capacidade:	1- Capaz	2- Inválido/Incapaz	3- Inválido/capaz
------------------------------	----------	---------------------	-------------------

Código de Vínculo:	1- Cônjuge	2- Filho/a	3- Pai/Mãe	4- Irmão/ã
	5- Companheiro/a	6- ex-cônjuge	7- Menor sob guarda	

Código do Motivo do Início da Dependência	1- Adoção	2- Filho Póstumo
	3- Decisão Judicial	4- Outros

Dependente 1

 I- Nome

II- Data de Nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	III - Estado Civil <input type="checkbox"/>	IV - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
--	--	---

Carteira de Identidade <input type="text"/>	Órgão Expedidor <input type="text"/>	UF <input type="text"/>	Data de Expedição <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--	---	----------------------------	---

<input type="checkbox"/> VII - Capacidade	<input type="checkbox"/> VIII - Vínculo	CPF <input type="text"/> - <input type="text"/>
---	---	---

 I- Nome da Mãe

No caso de DEPENDENTE ADOTIVO

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> XI - Data de início da dependência	<input type="checkbox"/> XII - Motivo do início de dependência
---	--

Dependente 2

 I- Nome

II- Data de Nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	III - Estado Civil <input type="checkbox"/>	IV - Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
--	--	---

Carteira de Identidade <input type="text"/>	Órgão Expedidor <input type="text"/>	UF <input type="text"/>	Data de Expedição <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--	---	----------------------------	---

<input type="checkbox"/> VII - Capacidade	<input type="checkbox"/> VIII - Vínculo	CPF <input type="text"/> - <input type="text"/>
---	---	---

 I- Nome da Mãe

No caso de DEPENDENTE ADOTIVO

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> XI - Data de início da dependência	<input type="checkbox"/> XII - Motivo do início de dependência
---	--

rubrica ou assinatura do servidor/a _____

Dependente 3 5

I- Nome

II- Data de Nascimento III - Estado Civil IV - Sexo
__ / __ / _____ Masculino Feminino

Carteira de Identidade Órgão Expedidor UF Data de Expedição
_____ _____ __ __ / __ / _____

VII - Capacidade VIII - Vínculo CPF _____ - _____

I- Nome da Mãe

No caso de DEPENDENTE ADOTIVO

__ / __ / _____ XI - Data de início da dependência XII - Motivo do início de dependência

Dependente 4

I- Nome

II- Data de Nascimento III - Estado Civil IV - Sexo
__ / __ / _____ Masculino Feminino

Carteira de Identidade Órgão Expedidor UF Data de Expedição
_____ _____ __ __ / __ / _____

VII - Capacidade VIII - Vínculo CPF _____ - _____

I- Nome da Mãe

No caso de DEPENDENTE ADOTIVO

__ / __ / _____ XI - Data de início da dependência XII - Motivo do início de dependência

Dependente 5

I- Nome

II- Data de Nascimento III - Estado Civil IV - Sexo
__ / __ / _____ Masculino Feminino

Carteira de Identidade Órgão Expedidor UF Data de Expedição
_____ _____ __ __ / __ / _____

VII - Capacidade VIII - Vínculo CPF _____ - _____

I- Nome da Mãe

No caso de DEPENDENTE ADOTIVO

__ / __ / _____ XI - Data de início da dependência XII - Motivo do início de dependência

rubrica ou assinatura do servidor/a _____