



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CADASTRO DE FUNCIONÁRIO COMISSIONADO
PREENCHER TODOS OS CAMPOS EM LETRA DE FORMA SEM RASURA

NÃO DEIXAR CAMPOS EM BRANCO. NÃO HAVENDO INFORMAÇÕES A PRESTAR, INUTILIZAR O RESPECTIVO CAMPO.

ATENÇÃO PREENCHER OS ESPAÇOS [] COM A LETRA OU NÚMERO CORRESPONDENTE

NOME COMPLETO SEM ABREVIÇÃO: _____

NOME NA IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL (CRACHÁ): _____

FILIAÇÃO (NOME COMPLETO SEM ABREVIÇÃO) _____

PAI: _____

MÃE: _____

SEXO: [] **M** ou **F** IDADE: ANOS DATA NASC: / / NACIONALIDADE:

ESTADO DE NASCIMENTO: MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:

RAÇA/COR [] **1**=INDÍGENA; **2**=BRANCA; **4**=NEGRA; **6**=AMARELA; **8**=PARDA (mulata, caboda, cafuza, mameluca ou mestiça negra com pessoa de outra raça)

ESTADO CIVIL: [] **1**=SOLTEIRO; **2**=CASADO; **3**=VIÚVO; **4**=SEPARADO; **5**=DIVORCIADO UNIÃO ESTÁVEL? [] **S**=SIM; **N**=NÃO

ESCOLARIDADE [] **1**= ANALFABETO CURSO/GRADUAÇÃO:

ATÉ 4ª SÉRIE **2**= INCOMPLETO **3**=COMPLETO

5ª A 8ª SÉRIES **4**= INCOMPLETO **5**=COMPLETO INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

ENSINO MÉDIO **6**= INCOMPLETO **7**=COMPLETO

SUPERIOR **8**= INCOMPLETO **9**=COMPLETO ANO DE CONCLUSÃO:

TIPO DE DEFICIÊNCIA: [] **N**= NÃO POSSUI **F**= FÍSICA **A**= AUDITIVA **V**= VISUAL **M**= MENTAL **I**= MÚLTIPLAS

SE ESTRANGEIRO/NATURALIZADO INFORMAR: ANO DA CHEGADA AO BRASIL : ANO DA NATURALIZAÇÃO:

CERTIDÃO [] **1** = NASCIMENTO; **2** = CASAMENTO NUMERO: FOLHA LIVRO

RG Nº: ORGÃO EXPED.: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /

ESTADO DE EXPEDIÇÃO: MUNICÍPIO DE EXPEDIÇÃO:

CPF Nº: TÍTULO DE ELEITOR ZONA: SEÇÃO: Nº:

QUITE JUSTIÇA ELEITORAL [] **S**=SIM; **N**=NÃO QUITAÇÃO MILITAR Nº: SÉRIE:

ÓRGÃO: CATEGORIA: GRADUAÇÃO:

CARTEIRA DE TRABALHO ESTADO: SÉRIE: Nº: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /

CART. HABILITAÇÃO Nº: CATEGORIA: DATA DE EMISSÃO: / / VALIDADE: / /

PIS/PASEP: DATA DE EMISSÃO: / /

CONSELHO PROFISSIONAL (SIGLA): Nº: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /

ENDEREÇO COMPLETO TIPO (RUA, AV, ETC.):

Nº: APTO.: BLOCO: BAIRRO:

ESTADO: CIDADE: CEP: FONE RESIDENCIAL : ()

CELULAR : () E-MAIL:

CONTA NO BANCO SANTANDER

NOME DA AGÊNCIA: Nº DA AGÊNCIA: Nº DA CONTA:

ANO DO 1º REGISTRO EM CARTEIRA DE TRABALHO:

NOME DA EMPRESA:

CONTINUA NO VERSO

PREENCHER TODOS OS CAMPOS EM LETRA DE FORMA SEM RASURA

NÃO DEIXAR CAMPOS EM BRANCO. NÃO HAVENDO INFORMAÇÕES A PRESTAR, INUTILIZAR O RESPECTIVO CAMPO.

DEPENDENTES (CONJUGE E FILHOS MENORES DE 21 ANOS)

NOME COMPLETO	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	I.R.
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

INFORMAÇÕES DIVERSAS - ASSINALE COM "X"

APOSENTADO? SIM [] NÃO []

TRABALHOU OU TRABALHA NESTA PREFEITURA? SIM [] NÃO [] MATRÍCULA Nº:

PERÍODO: REGIME: ESTATUTÁRIO [] CELETISTA []

CÔNJUGE TRABALHA? SIM [] NÃO [] EMPRESA:

Declaro que as informações aqui prestadas estão corretas e são de minha inteira responsabilidade.

São Bernardo do Campo, em ____ / ____ / ____.

ASSINATURA

NÃO PREENCHER – USO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS

CARGO EM COMISSÃO : _____	
REF.:	CARGA HORÁRIA: HORAS SEMANAIS LOTAÇÃO:
NOME:	
PORTARIA Nº :	
DATA DA POSSE:	
NOME DO FUNCIONÁRIO ATENDENTE:	
DATA DE INÍCIO	de de 20
SITUAÇÃO EFETIVA	
CÓDIGO FUNÇÃO	
CÓDIGO UNIDADE	
FUNDO PREVIDENCIÁRIO	[] <u>01</u> =INSS 8%
CÓDIGO HOLLERITH	
CÓDIGO CHAPEIRA	
	Data: de de 20
CÓDIGO 239-1:	CÓDIGO 230-1: D E E:
CÓDIGO 502-1:	CÓDIGO 556-1: P T S:
	Data: de de 20