



## RECADASTRAMENTO ANUAL 2018 - FICHA CADASTRAL

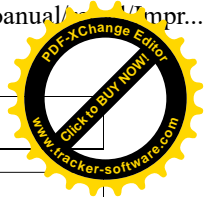
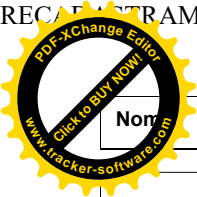
Nome:

CPF:

## I - Dados Pessoais

De	Para
01) Nome:	Nome (completo sem abreviação): * <input type="text"/>
02) Sexo:	Sexo: * <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
3-) Orientação Sexual:	Orientação Sexual: <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual
4-) Identidade de Gênero:	Identidade de Gênero: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transexual
5-) Prenome:	Prenome: <input type="text"/>
06) Data de Nascimento:	Data de Nascimento: * <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
07) Nome do Pai:	Nome do Pai (completo sem abreviação): * <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não Consta
08) Nome da Mãe:	Nome da Mãe (completo sem abreviação): * <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não Consta
09) Estado Civil:	Estado Civil: * <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Separado(a) Judicialmente <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
10) União Estável:	União Estável: * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11) Cônjuge / Companheiro(a):	Cônjuge / Companheiro(a) (completo sem abreviação): * <input type="text"/>
12) Raça / Cor:	Como você se considera? * <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não Declarada <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta

Os campos marcados com \* são obrigatórios



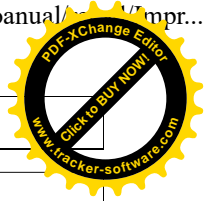
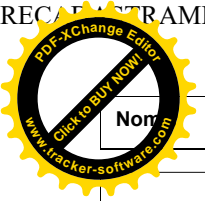
Nome

CPF:

## I - Dados Pessoais

De	Para
13) Necessidades Especiais:	<p>É portador de necessidades especiais?*</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Qual?:</p> <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Reabilitado(a) <input type="checkbox"/> Visual
14) Nacionalidade:	<p>Nacionalidade: (Tabela 1): *</p> <input type="text"/>
15) Naturalidade/UF:	<p>Naturalidade:* UF:*(Tabela 2)</p> <input type="text"/> / <input type="text"/>
16) RG - Dígito:	<p>RG:* Dígito:*</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
17) Data de Expedição do RG:	<p>Data de Expedição:*</p> <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
18) Órgão Emissor do RG / UF:	<p>Órgão Emissor do RG: *</p> <input type="checkbox"/> Secretária de Segurança Pública dos Estados - SSP <input type="checkbox"/> Polícia Federal - PF <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> <p>UF:*(Tabela 2)</p> <input type="text"/>
19) CPF:	<p>CPF: Dígito: Próprio:*</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20) Título Eleitor / Zona / Seção:	<p>Título do Eleitor: Zona: Seção:</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21) CNH / Categoria:	<p>CNH: Categoria:</p> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
22) Validade da CNH:	<p>Data de Validade da CNH:</p> <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
23) Assistência Médica:	<p>Indique a Assistência Médica mais utilizada:*</p> <input type="checkbox"/> Convênio - Particular <input type="checkbox"/> Convênio-Subsidiado empresa <input type="checkbox"/> Hospital da Polícia Militar <input type="checkbox"/> IAMSPE <input type="checkbox"/> SUS
24) Banco / Agência:	<p>Banco: Agência:* Dígito:*</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25) Tipo / Conta / Dígito:	<p>Tipo:*(Tabela 3) Conta:* Dígito:*</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**I - Dados Pessoais****De****Para**

26) Habitação:

Possui imóvel próprio ou financiado?

Possui imóvel próprio ou financiado?\*

 Sim  Não

Já foi atendido por Programa de Habitação?

Já foi atendido por Programa de Habitação?\*

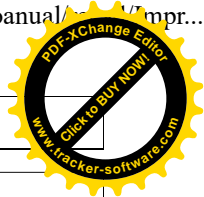
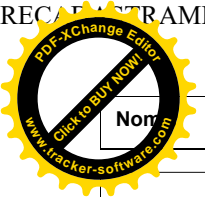
 Sim  Não

Tem interesse em adquirir imóvel próprio por Programa Governamental?

Tem interesse em adquirir imóvel próprio por Programa Governamental?\*

 Sim  Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios



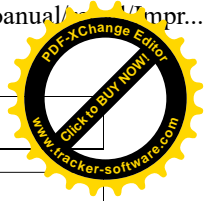
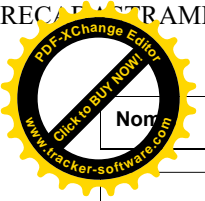
Nome

CPF:

## II - Dados de Emergência

De	Para												
01) Possui Plano de Saúde?:	Possui Plano de Saúde?: * <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO												
02) Plano de Saúde:	<table border="0"> <tr> <td>Plano de Saúde:*</td> <td>Inscrição:*</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Plano de Saúde:*	Inscrição:*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Plano de Saúde:*	Inscrição:*												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
03) Contato Emergência:	<table border="0"> <tr> <td>Nome:*</td> <td>Vínculo:*</td> <td>DDD - Telefone:*</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Nome:*	Vínculo:*	DDD - Telefone:*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome:*	Vínculo:*	DDD - Telefone:*											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
04) Tipo Sanguineo / Fator RH:	<table border="0"> <tr> <td>Tipo Sanguíneo:*</td> <td>Fator RH:*</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tipo Sanguíneo:*	Fator RH:*	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Tipo Sanguíneo:*	Fator RH:*												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
05) Autoriza transfusão de sangue?:	Autoriza transfusão de sangue?: * <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO												
06) Possui Marca-passo?:	Possui Marca-passo?: * <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO												
07) Indique os remédios que toma regularmente:	Indique os remédios que toma regularmente: * <input type="text"/>												
08) Possui doença crônica?:	Possui doença crônica?: * <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Quais?: <input type="text"/>												
09) Possui alergia a medicamento?:	Possui alergia a medicamento?: * <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Quais?: <input type="text"/>												

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**II - Dados de Emergência****De****Para**

10) Já se submeteu a alguma cirurgia?:

Já se submeteu a alguma cirurgia?: \*

 SIM  NÃO

Quais?:

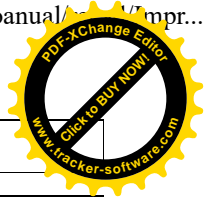
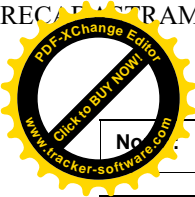
11) Já esteve internado?:

Já esteve internado?: \*

 SIM  NÃO

Motivo?:

Os campos marcados com \* são obrigatórios



No

CPF:

**III - Dados de Endereço Pessoal**

01) CEP:\*

02) Tipo e Nome do Logradouro:\*

03) Número:\*

 Sem Número

Complemento:

04) Bairro:\*

05) Cidade:\*

UF:\*(Tabela 2)

06) Telefones de Contato:

DDD

Número

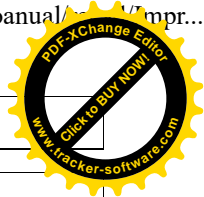
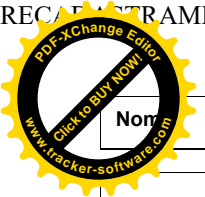
Residencial:

Celular:

Recado:

07) E-mail Pessoal:

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**IV - Dados de Dependentes para fim Previdenciário**

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento ou união estável  
 Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)  
 Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica  
 Pai ou mãe sob dependência econômica  
 Enteado ou menor tutelado sob dependência econômica  
 Ex-Cônjuge

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**IV - Dados de Dependentes para fim Previdenciário**

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento ou união estável  
 Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)  
 Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica  
 Pai ou mãe sob dependência econômica  
 Enteado ou menor tutelado sob dependência econômica  
 Ex-Cônjuge

03) Nome do Dependente:

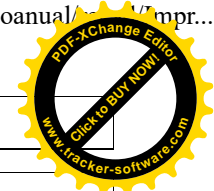
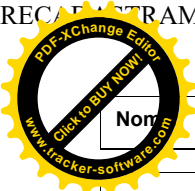
04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**IV - Dados de Dependentes para fim Previdenciário**

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento ou união estável
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteado ou menor tutelado sob dependência econômica
- Ex-Cônjuge

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**IV - Dados de Dependentes para fim Previdenciário**

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento ou união estável
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteado ou menor tutelado sob dependência econômica
- Ex-Cônjuge

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

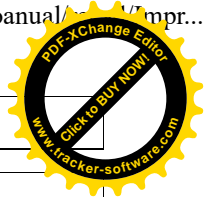
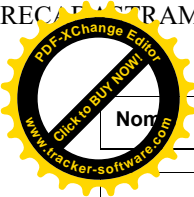
 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios





Nome

CPF:

**IV - Dados de Dependentes para fim de Imposto de Renda**

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

 Cônjuge ou companheiro(a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 anos Pais, avós e bisavós Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**IV - Dados de Dependentes para fim de Imposto de Renda**

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

 Cônjuge ou companheiro(a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 anos Pais, avós e bisavós Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

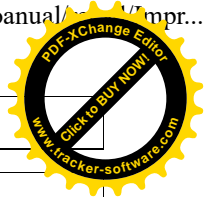
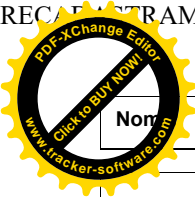
04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**IV - Dados de Dependentes para fim de Imposto de Renda**

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

 Cônjuge ou companheiro(a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 anos Pais, avós e bisavós Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**IV - Dados de Dependentes para fim de Imposto de Renda**

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

 Sim  Não

02) Vínculo:

 Cônjuge ou companheiro(a) Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 anos Pais, avós e bisavós Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

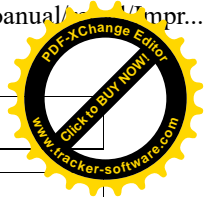
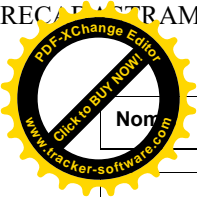
04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 - 

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**V - Dados de Escolaridade****Formação**

- 01) Grau de Escolaridade: Grau \* Situação \*
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental/equivalente | <input type="checkbox"/> Completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio/equivalente       | <input type="checkbox"/> Em Curso   |
| <input type="checkbox"/> Ensino profissionalizante      | <input type="checkbox"/> Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior                |                                     |

- 02) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

- 03) Curso: (Tabelas 4, 5, 6)

- 04) Ano de Conclusão:  
 (aaaa)

- 05) Conselho Regional: (Tabela 7)

- 06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**V - Dados de Escolaridade****Formação**

- 01) Grau de Escolaridade: Grau \* Situação \*
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental/equivalente | <input type="checkbox"/> Completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio/equivalente       | <input type="checkbox"/> Em Curso   |
| <input type="checkbox"/> Ensino profissionalizante      | <input type="checkbox"/> Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior                |                                     |

- 02) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

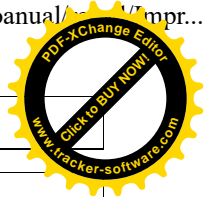
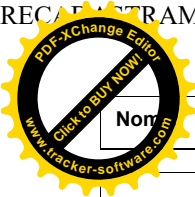
- 03) Curso: (Tabelas 4, 5, 6)

- 04) Ano de Conclusão:  
 (aaaa)

- 05) Conselho Regional: (Tabela 7)

- 06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**V - Dados de Escolaridade****Formação**

- 01) Grau de Escolaridade: Grau \* Situação \*
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental/equivalente | <input type="checkbox"/> Completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio/equivalente       | <input type="checkbox"/> Em Curso   |
| <input type="checkbox"/> Ensino profissionalizante      | <input type="checkbox"/> Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior                |                                     |

- 02) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

- 03) Curso: (Tabelas 4, 5, 6)

- 04) Ano de Conclusão:  
 (aaaa)

- 05) Conselho Regional: (Tabela 7)

- 06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**V - Dados de Escolaridade****Formação Complementar**

- 01) Possui Formação Complementar:\*  Sim  Não

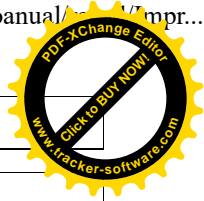
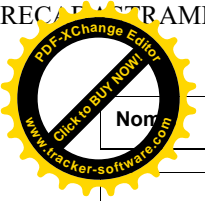
- 02) Formação:  
 Especialização  Mestrado  Doutorado  Aperfeiçoamento  Pós-Doutorado

- 03) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

- 04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

- 05) Ano Conclusão:  
 (aaaa)

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**V - Dados de Escolaridade****Formação Complementar**

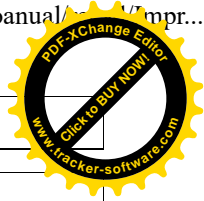
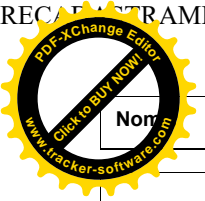
- 01) Possui Formação Complementar:\*  Sim  Não
- 02) Formação:  
 Especialização  Mestrado  Doutorado  Aperfeiçoamento  Pós-Doutorado
- 03) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas
- 04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)
- 05) Ano Conclusão:  
 (aaaa)

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**V - Dados de Escolaridade****Formação Complementar**

- 01) Possui Formação Complementar:\*  Sim  Não
- 02) Formação:  
 Especialização  Mestrado  Doutorado  Aperfeiçoamento  Pós-Doutorado
- 03) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas
- 04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)
- 05) Ano Conclusão:  
 (aaaa)

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**V - Dados de Escolaridade**

**Idioma**

01) Possui Idioma Complementar?\*  Sim  Não

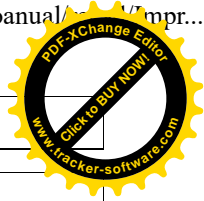
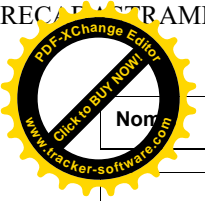
02) Idioma / Nível: Idioma

- Alemão
- Espanhol
- Francês
- Inglês
- Italiano
- Japonês

Nível

- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente
- Básico  Intermediário  Fluente

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**VI - Dados Funcionais do Provimento****01) Dados do Provimento**

Entidade

SECRETARIA DA EDUCACAO

RS/PV, Matrícula ou RE

Cargo / Função / Posto / Graduação:

Início do Provimento

UA Frequência

**Reconhece esse Provimento?\*** Sim Não

Motivo:\*

Natureza do cargo / função / posto / graduação:\* (Tabela 8)

As atividades exercidas são compatíveis com seu cargo / função / posto / graduação? \*  Sim  Não

Está Readaptado?\*

 Sim Não

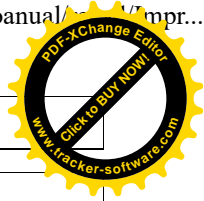
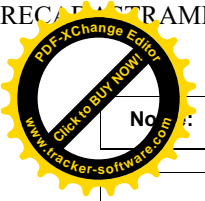
Está Licenciado?\*

 Sim

Motivo:\* (Tabela 9)

 Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios



No

CPF:

**VI - Dados Funcionais do Provedimento****02) Preencha somente em caso de Afastamento** Com Prejuízo de Vencimentos / Salários\* Sem Prejuízo de Vencimentos / Salários\*

Tipo de Afastamento:\* (Tabela 10)

Local:\*

 Autarquias

(Tabela 11)

 Autarquias Regime Especial

(Tabela 12)

 Empresas

(Tabela 13)

 Fundações

(Tabela 14)

 Secretarias

(Tabela 15)

 Outros Órgãos / Entidades

(Tabela 16)

**03) Preencha somente em caso de Designação**

Tipo de Designação:\*

 Substituição Pro Labore - Lei 10.168/68 Pro Labore - Carreira Específica Cargo Vago Função em confiança Outros

Função:

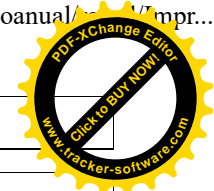
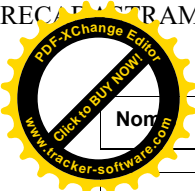
 Dirigente Coordenação Assessoramento Supervisão Assistência Direção Chefia Encargatura Outros

Nível Organizacional:\*

 Assessoria Técnica Coordenadoria Departamento Divisão Serviço Seção Setor OutrosAs atividades exercidas são compatíveis com essa designação?\*  Sim  Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios





Nome

CPF:

**VI - Dados Funcionais do Provimento****04) Dados de Endereço Funcional do Provimento**

4.1. CEP:\*

4.2. Tipo e Nome do Logradouro:\*

4.3. Número:\*

 Sem Número

Complemento:

4.4. Bairro:\*

4.5. Cidade:\*

UF:\*(Tabela 2)

4.6. Telefone Funcional:

Funcional:

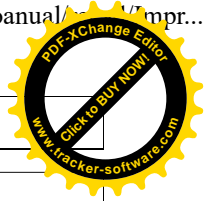
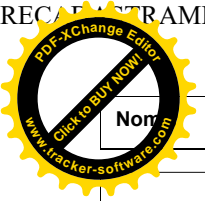
DDD

Número

Ramal

4.7. E-mail Funcional:

Os campos marcados com \* são obrigatórios



Nome

CPF:

**VII - Dados Funcionais Gerais****1) Dados Funcionais**

De	Para
Ingresso Serviço Público Estadual:	Ingresso Serviço Público Estadual:*
	<input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
Ano do Primeiro Emprego:	Ano do Primeiro Emprego:*
	<input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
PIS / PASEP:	PIS / PASEP:
	<input type="text"/>
Carteira Profissional - Série / Estado Emissor:	Carteira Profissional:      Série:      Estado Emissor:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**2) Outras Informações**

Exerce outro cargo / função em Empresa do Estado?\*

Sim      Cargo / Função:   
Local: (Tabela 13)

Não

Exerce outro cargo / função em outros Órgãos ou Poderes?\*

Sim      Cargo / Função:   
Local: (Tabela 16)

Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios

**Termo de Responsabilidade** Declaro sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome ou Assinatura do Servidor