

RECADASTRAMENTO ANUAL 2018 - FICHA CADASTRAL

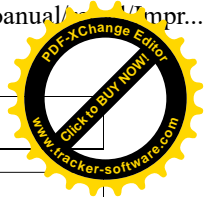
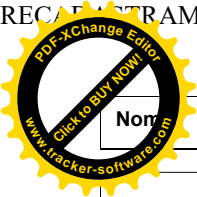
Nome:

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



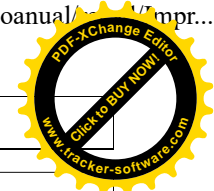
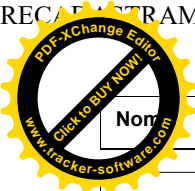
Nome

CPF:

I - Dados Pessoais

De	Para
13) Necessidades Especiais:	É portador de necessidades especiais?:* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?: <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:	Nacionalidade: (Tabela 1): * <input type="text"/>
15) Naturalidade/UF:	Naturalidade:* UF:*(Tabela 2) <input type="text"/> / <input type="text"/>
16) RG - Dígito:	RG:* Dígito:* <input type="text"/> <input type="text"/>
17) Data de Expedição do RG:	Data de Expedição:* <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
18) Órgão Emissor do RG / UF:	Órgão Emissor do RG: * <input type="checkbox"/> Secretária de Segurança Pública dos Estados - SSP <input type="checkbox"/> Polícia Federal - PF <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> UF:*(Tabela 2) <input type="text"/>
19) CPF:	CPF: Dígito: Próprio:* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20) Título Eleitor / Zona / Seção:	Título do Eleitor: Zona: Seção: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21) CNH / Categoria:	CNH: Categoria: <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:	Data de Validade da CNH: <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)
23) Assistência Médica:	Indique a Assistência Médica mais utilizada:.* <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:	Banco: Agência:* Dígito:* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25) Tipo / Conta / Dígito:	Tipo:*(Tabela 3) Conta:* Dígito:* <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?*

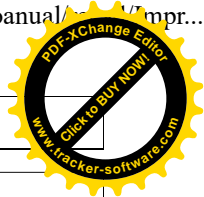
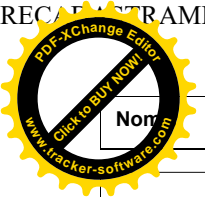
 Sim Não

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



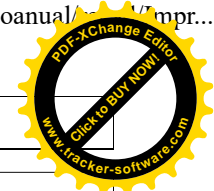
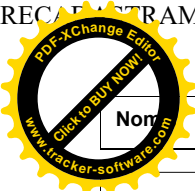
Nome

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:	Plano de Saúde:* Inscrição:* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
03) Contato Emergência:	Nome:* Vínculo:* DDD - Telefone:* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
04) Tipo Sanguineo / Fator RH:	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?:

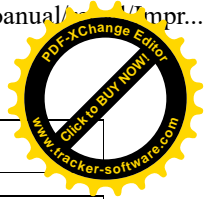
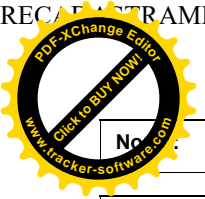
11) Já esteve internado?:

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

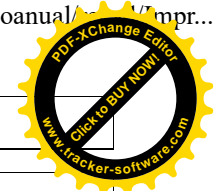
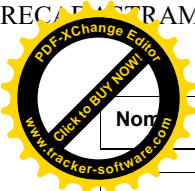
Residencial:

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:

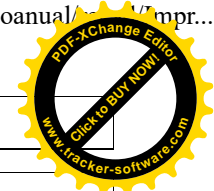
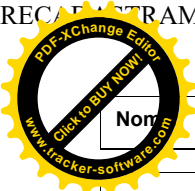
04) Data de Nascimento:

 (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:

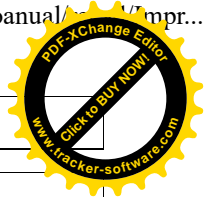
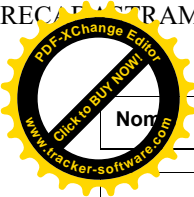
04) Data de Nascimento:

 (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:

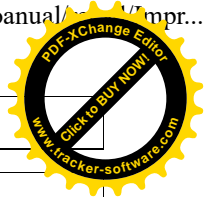
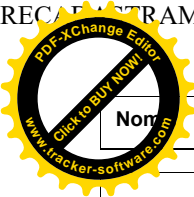
04) Data de Nascimento:

 (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:

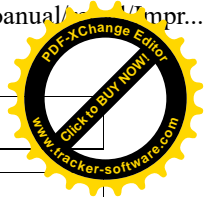
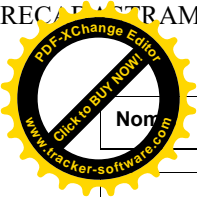
04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

05) CPF:

 -

Os campos marcados com * são obrigatórios



Nome

CPF:

V - Dados de Escolaridade**Formação**

- 01) Grau de Escolaridade: Grau *
 Ensino fundamental/equivalente Completo
 Ensino médio/equivalente Em Curso
 Ensino profissionalizante Incompleto
 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 *
 Ensino fundamental/equivalente Completo
 Ensino médio/equivalente Em Curso
 Ensino profissionalizante Incompleto
 Ensino superior

- 02) Área:
 Biológicas Exatas Humanas

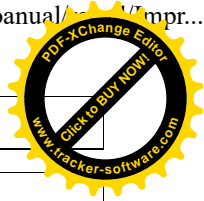
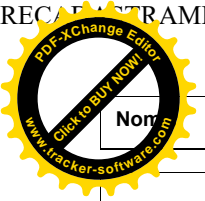
- 03) Curso: (Tabelas 4, 5, 6)

- 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

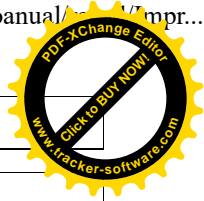
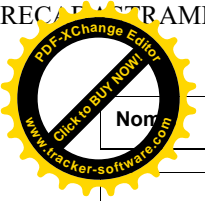
- 02) Formação:
 Especialização Mestrado Doutorado Aperfeiçoamento Pós-Doutorado

- 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**

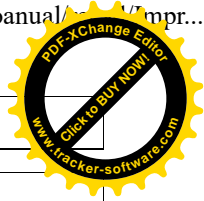
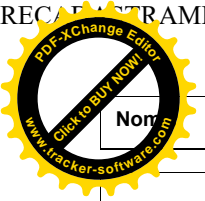
- 01) Possui Formação Complementar:* Sim Não
- 02) Formação:
 Especialização Mestrado Doutorado Aperfeiçoamento Pós-Doutorado
- 03) Área:
 Biológicas Exatas Humanas
- 04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)
- 05) Ano Conclusão:
 (aaaa)

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

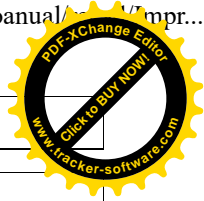
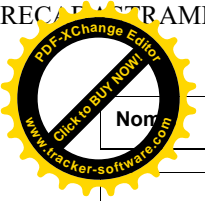
02) Idioma / Nível: Idioma

- 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

RS/PV, Matrícula ou RE

Cargo / Função / Posto / Graduação:

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

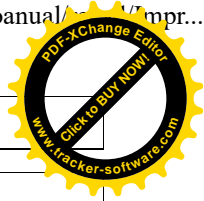
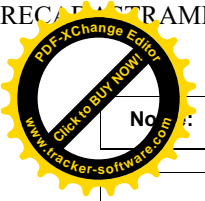
Está Licenciado?*

 Sim

Motivo: * (Tabela 9)

 Não

Os campos marcados com * são obrigatórios



No

CPF:

VI - Dados Funcionais do Provimento**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

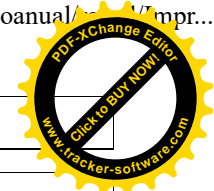
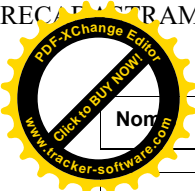
Função:

 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:

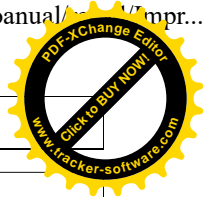
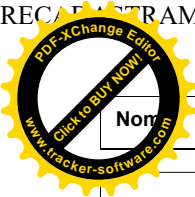
DDD

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