

ANEXO I

A que se refere o inciso II do artigo 3º desta Resolução

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

I - DADOS PESSOAIS

De

Para

01) Nome:

Nome (completo sem abreviação):*

02) Sexo:

Sexo:*

Feminino

Masculino

03) Data de Nascimento:

Data de Nascimento:

/ / (dd/mm/aaaa)

04) Nome do Pai:

Nome do Pai (completo sem abreviação):*

Não Consta

05) Nome da Mãe:

Nome da Mãe (completo sem abreviação):*

Não Consta

06) Estado Civil:

Estado Civil:*

Casado(a)

Divorciado(a)

Separado(a) Judicialmente

Solteiro(a)

Viúvo(a)

07) União Estável:

União Estável:*

Sim

Não

08) União Homoafetiva:

União Homoafetiva:*

Sim

Não

09) Nome do Cônjuge / Companheiro(a):

Cônjuge / Companheiro(a) (completo sem abreviação):

10) Raça / Cor:

Como você se considera?*

Amarelo (Asiático)

Branco

Indígena

Negro

Pardo ou Mulato

Não Declarada

11) Necessidades Especiais:

É portador de necessidades especiais?*

Sim

Não

Qual?:

Auditiva

Motora

Visual

Reabilitada

12) Nacionalidade:

Nacionalidade:*(Tabela 1)

13) Naturalidade / UF:

Naturalidade:*

UF:*(Tabela 2)

Os campos marcados com * são obrigatórios

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

De

Para

14) RG - Dígito:

Número do RG:*

Dígito:*

15) Data de Expedição do RG:

Data de Expedição:*

 / /

(dd/mm/aaaa)

16) Órgão Emissor do RG / UF:

Órgão Emissor do RG:*

Secretaria de Segurança Pública dos Estados - SSP

Polícia Federal - PF

Outros

UF:*(Tabela 2)

17) CPF:

Número do CPF:

Dígito:

Próprio?*

Sim

Não

18) Título eleitor / Zona / Seção:

Número do Título Eleitor

Zona

Seção

19) CNH / Categoria:

Número da CNH:

Categoria:

A

B

C

D

E

20) Validade da CNH:

Data de Validade da CNH:

 / /

(dd/mm/aaaa)

21) Assistência Médica:

Indique a Assistência Médica mais utilizada:*

Convênio - Subsidiado pela Empresa

Convênio - Particular

SUS

IAMSPE

Hospital da Polícia Militar

22) Banco / Agência:

Banco:

Agência:*

Dígito:*

151 - Nossa Caixa

23) Tipo / Conta / Dígito:

Tipo:*(Tabela 3)

Conta:*

Dígito:*

24) Habitação:

Possui imóvel próprio ou financiado?*

Sim

Não

Já foi atendido por Programa de Habitação?*

Sim

Não

Tem interesse em adquirir imóvel próprio por Programa Governamental?*

Sim

Não

Os campos marcados com * são obrigatórios

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

II - 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:

Residencial: DDD Número

Celular:

Recado:

07) E-mail Pessoal:

Os campos marcados com * são obrigatórios

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?*

- Sim Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- 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

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?*

- Sim Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- 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

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?*

- Sim Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- 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

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?*

- Sim Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- 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

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

III - 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 ano:
- 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:

O campo marcado com * é obrigatório

III - 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 ano:
- 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:

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

III - 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 ano:
- 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:

O campo marcado com * é obrigatório

III - 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 ano:
- 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:

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação *

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

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

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com * são obrigatórios

IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação *

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

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

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com * são obrigatórios

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação *

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

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

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com * são obrigatórios

IV - 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 de Conclusão:

 (aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

IV - 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 de Conclusão:
 (aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

IV - 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 de Conclusão:
 (aaaa)

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Idioma

01) Possui Idioma Complementar?*

Sim

Não

02) Idioma / Nível:

Idioma

Alemão

Espanhol

Francês

Inglês

Italiano

Japonês

Nível

Básico

Intermediário

Fluente

O campo marcado com * é obrigatório

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

1) Dados do Provimento

Entidade

RS/PV, Matrícula ou RE:

Cargo / Função / Posto / Graduação:

Início do Provimento:

UA Freqüência:

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

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

2) Preencha somente em caso de Afastamento

Com Prejuízo de Vencimentos / Salários*

Sem Prejuízo de Vencimentos / Salários*

Tipo de Afastamento:* (Tabela 10)

- Local:*
- | | | |
|---|----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Autarquias | <input type="text"/> | (Tabela 11) |
| <input type="checkbox"/> Autarquias Regime Especial | <input type="text"/> | (Tabela 12) |
| <input type="checkbox"/> Empresas | <input type="text"/> | (Tabela 13) |
| <input type="checkbox"/> Fundações | <input type="text"/> | (Tabela 14) |
| <input type="checkbox"/> Secretarias | <input type="text"/> | (Tabela 15) |
| <input type="checkbox"/> Outros Órgãos / Entidades | <input type="text"/> | (Tabela 16) |

3) Preencha somente em caso de Designação

Tipo de Designação:*

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Substituição | <input type="checkbox"/> Pro Labore Lei nº10.168/68 | <input type="checkbox"/> Pro Labore - Carreira Específica |
| <input type="checkbox"/> Cargo Vago | <input type="checkbox"/> Função em Confiança | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

Função:*

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Coordenação | <input type="checkbox"/> Assessoramento |
| <input type="checkbox"/> Supervisão | <input type="checkbox"/> Assistência | <input type="checkbox"/> Direção |
| <input type="checkbox"/> Chefia | <input type="checkbox"/> Encarregatura | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> |

Nível Organizacional:*

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assessoria Técnica | <input type="checkbox"/> Coordenadoria | <input type="checkbox"/> Departamento |
| <input type="checkbox"/> Divisão | <input type="checkbox"/> Serviço | <input type="checkbox"/> Seção |
| <input type="checkbox"/> Setor | <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> | |

As atividades exercidas são compatíveis com esta designação?*

Sim Não

Os campos marcados com * são obrigatórios

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

4) 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

FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

V - DADOS FUNCIONAIS GERAIS

1) Dados Funcionais

De

Para

Ingresso Serviço Público Estadual:

Ingresso Serviço Público Estadual:*
____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)

Ano do Primeiro Emprego:

Ano do Primeiro Emprego:*
____ (aaaa)

PIS / PASEP:

PIS / PASEP:

Carteira Profissional - Série / Estado Emissor:

Carteira Profissional Série Estado Emissor
____ ____ ____

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, Empregado Público ou Militar