



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Formulário de Recadastramento/ Atualização de dados do Servidor Público Municipal

Dados Pessoais

Servidor				Matrícula			
RG		Data de expedição		Órgão emissor		UF	
Data de Nascimento		Estado de nascimento		Cidade de nascimento			
Sexo	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Feminino					
Estado civil	<input type="radio"/> Solteiro(a)	<input type="radio"/> Casado(a)	<input type="radio"/> Separado(a) judicialmente	<input type="radio"/> Viúvo(a)	<input type="radio"/> Divorciado(a)	<input type="radio"/> União estável	
Raça / Cor	<input type="radio"/> Amarela	<input type="radio"/> Branca	<input type="radio"/> Indígena	<input type="radio"/> Preta	<input type="radio"/> Parda		
E-mail				Secretaria			
Tipo sanguíneo	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> AB	<input type="radio"/> O	Fator RH	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo

Filiação

Pai	
Mãe	

Necessidade especial

Portador de necessidades especiais?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tipo de necessidade especial		
Grau de necessidade especial		
CID10		
Observação		

Documentos

CPF		PIS/PASEP	
-----	--	-----------	--

Título de Eleitor

Nº		Zona eleitoral		Seção eleitoral		UF	
----	--	----------------	--	-----------------	--	----	--

Carteira de Trabalho

Nº		Série		UF		Data de emissão	
----	--	-------	--	----	--	-----------------	--

CNH (Carteira Nacional de Habilitação)

Possui CNH?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
-------------	---------------------------	---------------------------

Nº		Data de emissão	
UF		Data de validade	Categoria

Órgão de Classe

Possui Órgão de Classe? Sim Não

Nº de inscrição		Órgão emissor	
Data de expedição		Data de validade	

Endereço

Logradouro			
Nº		Complemento	
Bairro		Cidade	
Estado		Telefone residencial	
CEP		Celular	

Escolaridade

Nível Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Especialização
 Mestrado Doutorado

Situação Incompleto Cursando Completo

Nome do Curso		Instituição		Período	
Nº Apólice Seguro					

Dados do Cônjuge

Possui cônjuge? Sim Não

Nome do cônjuge

Data de nascimento		CPF		Inválido	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
--------------------	--	-----	--	----------	---

Dados funcionais

Cargo					
Local de trabalho					
Carga Horária		Início das	às	Término das	às

Dados Complementares

Inválido? Sim Não

Quais?

Passou por processo de readaptação de função junto a Médica Oficial?

Sim, Portaria nº. _____ Não

Possui redução de Carga Horária?

Sim, Portaria nº. _____ Não

Possui outro vínculo público?

Sim, onde? (Marcar com um X) Não

PMSM (Administração direta)

PMSM Indireta, Qual Autarquia/Fundação?

Outros municípios, qual?

Estado, qual órgão e estado?

Na Federação

Dependentes

Possui dependentes? Sim Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes? Sim Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes? Sim Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes? Sim Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas acima, sob as penas da lei, comprometendo-me a informar imediatamente à Secretaria de Recursos Humanos, qualquer alteração das mesmas.

São Mateus/ES, ____/____/____

Assinatura do Servidor