**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO – 2018 - SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL**

**Lei Federal nº 10.887/2004 art. 9º inciso II – Decreto Municipal nº 3.114 /2018**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| MATRÍCULA | NOME |
| DATA DE NASCIMENTO | NATURALIDADE | NACIONALIDADE |
| RAÇA | SEXO( ) M ( ) F | TIPO SANGUÍNEO | POSSUI DEFICIÊNCIA( ) SIM ( ) NÃO | TIPO DE DEFICIÊNCIA |

**DOCUMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CPF (MF) | RG | ÓRGÃO EMISSOR | DATA DE EMISSÃO | PIS/PASEP |
| TÍTULO DE ELEITOR  | ZONA / SEÇÃO | CTPS / SÉRIE | DATA DE EMISSÃO | CNH N° / CATEGORIA |

**ENDEREÇO**

|  |  |
| --- | --- |
| LOGRADOURO | NÚMERO |
| COMPLEMENTO | BAIRRO | CEP |
| CIDADE | UF | TELEFONE | CELULAR | E-MAIL |

**DADOS FUNCIONAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA DE ADMISSÃO | TIPO SERVIDOR( ) EFETIVO ( ) LICENCIADO ( ) CEDIDO | ÓRGÃO / MUNICÍPIO DE CESSÃO |
| CARGO CONCURSO / NOMEAÇÃO DIRETA | CARGO / FUNÇÃO QUE EXERCE ATUALMENTE | LOTAÇÃO ATUAL |
| GRAU DE INSTRUÇÃO ( ) FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) SUPERIOR INCOMPLETO ( ) MESTRADO COMPLETO ( ) FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) SUPERIOR COMPLETO ( ) DOUTORADO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) MESTRADO INCOMPLETO ( ) DOUTORADO COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO  |
| CURSO DE FORMAÇÃO / GRADUAÇÃO (MAGISTÉRIO) | ÁREA DE FORMAÇÃO / LICENCIATURA |

**DADOS DOS DEPENDENTES:**

|  |
| --- |
| NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASC..\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TIPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASC..\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TIPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASC..\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TIPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASC..\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TIPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASC..\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TIPO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Servidor Público | DATA DO RECADASTRAMENTO\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PREV DUAS BARRAS ( responsável pela análise dos dados) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Visto do (a) Secretário(a) Municipal de Administração |

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DE ADMINSTRAÇÃO (NÃO PREENCHER) |
| Servidor em desvio de Função( ) Sim ( ) Não | Servidor em desvio de lotação( ) Sim ( ) Não | Lotação Original |

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE VÍNCULOS

**VÍNCULO I**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo:  |  |
| Matrícula: |  | Estado Civil: |
| Admissão: |  |
| Função: |  |
| Órgão vinculado: | PREFEITURA [ ] CÂMARA [ ] PREV DUAS BARRAS [ ] |
| Lotação: |  |
| CPF: |   |
| Data de nasc.: | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Tel. p/contato: |
| Horário/Trabalho |   | e-mail:  |

 **DECLARO**, estar ciente de que devo comunicar à Prefeitura Municipal de Duas Barras, qualqueralteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar - PAD.

 **[ ] Sou detentor** (a),

 **[ ] Não sou detentor** (a)de cargo, função ou contrato em esferas Governamentais, sociedade de economia mista ou entidade autárquica, empresa ou companhia mantida pelos poderes públicos.

 Em caso *positivo*, para constatação da licitude da acumulação, em conformidade com o art. 37, inciso XVI da Constituição Federal, preencher abaixo:

### VÍNCULO II

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Empregador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### EM CASO DE APOSENTADORIA NO SERVIÇO PÚBLICO

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Instituidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da Aposentadoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OUTROS:**

#### VÍNCULO III

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Empregador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Duas Barras, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO**

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, brasileiro(a), portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_**e inscrito no CPF(MF) nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, residentee domiciliado(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_,** cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no qual ocupo o cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do quadro de servidores da Prefeitura Municipal de Duas Barras, **DECLARO** que informarei à Secretaria Municipal de Administração, a título de atualização do meu cadastro funcional, sempre que mudar de endereço, telefone, e-mail e alteração do número de dependentes, assim como, acumulação de vínculos e qualquer outra informação relevante à manutenção da atualização contínua do meu cadastro funcional.

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Duas Barras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor