



ESTADO DE RONDÔNIA  
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ  
ADVOCACIA GERAL DO MUNICÍPIO

## **ANEXO I** **RECADASTRAMENTO DE SERVIDORES**

### **I - REFERÊNCIAS CADASTRAIS**

Órgão de Origem:	Matrícula:
------------------	------------

### **II – DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR**

Nome:			
CPF:	Data de Nascimento:	Local de Nascimento:	Sexo: ( ) M ( ) F
RG:	Órgão Expedidor:	UF:	Data de Emissão:
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	Data de Emissão:
Carteira Profissional:	Série:	UF:	PIS/PASEP
Estado Civil: ( ) solteiro/a ( ) casado/a ( ) viúvo/a ( ) separado/a judicialmente ( ) divorciado/a ( ) união estável ( ) outro			
Grau de Instrução:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Endereço (rua, nº e bairro):			
Município:	UF:	CEP:	
Telefone p/contato:	e-mail:		

### **III – DADOS FUNCIONAIS (Órgão de Origem)**

Cargo ou Função:		
Data de Admissão:	Carga Horária:	Concurso Público ( ) sim ( ) não
Tipo de Vínculo: ( ) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Contrato ( ) Outro		
Atividades que desenvolve:		
Existência de contribuição previdenciária por outra fonte:		



ESTADO DE RONDÔNIA  
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ  
ADVOCACIA GERAL DO MUNICÍPIO

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Situação Funcional: <input type="checkbox"/> em exercício neste órgão <input type="checkbox"/> em benefício previdenciário <input type="checkbox"/> cedido para outro órgão do Estado ou União <input type="checkbox"/> cedido para a Justiça <input type="checkbox"/> exercendo mandato legislativo <input type="checkbox"/> em licença prêmio ou afastamento sem ônus <input type="checkbox"/> em disponibilidade
Data de início da cessão/licença/afastamento/benefício/disponibilidade:
Recebe alguma remuneração paga por este órgão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**IV – DADOS FUNCIONAIS (Servidores cedidos)**

Órgão ao qual está cedido:
Cargo ou função que exerce neste órgão:
Recebe alguma remuneração paga por este órgão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ônus da cessão: <input type="checkbox"/> Cedente <input type="checkbox"/> Não

**V – DADOS DOS DEPENDENTES**

<b>Nome do Dependente:</b>
Data de Nascimento:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Parentesco: <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Não especificado
<b>Nome do Dependente:</b>
Data de Nascimento:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Parentesco: <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Não especificado
<b>Nome do Dependente:</b>



ESTADO DE RONDÔNIA  
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ  
ADVOCACIA GERAL DO MUNICÍPIO

<b>Data de Nascimento:</b>
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Parentesco: ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Avós ( ) Não especificado
<b>Nome do Dependente:</b>
Data de Nascimento:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Parentesco: ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Avós ( ) Não especificado
<b>Nome do Dependente:</b>
Data de Nascimento:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Parentesco: ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Avós ( ) Não especificado
<b>Nome do Dependente:</b>
Data de Nascimento:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
<b><u>DECLARAÇÃO</u></b>
Declaro, sob pena de responsabilidade administrativa e penal, que as informações deste documento são verdadeiras.
_____
Assinatura do Servidor
Nome do Recadastrador:
_____
Assinatura do Recadastrador