

## RECADASTRAMENTO / ATUALIZAÇÃO DE DADOS

NOME: \_\_\_\_\_

CADASTRO: \_\_\_\_\_

### DADOS ENDEREÇO

Logradouro (AV, RUA, TRAV, ALAMEDA...): [ \_\_\_\_\_ ]

Número: [ \_\_\_\_\_ ] Complemento: [ \_\_\_\_\_ ]

CEP: [ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ] Bairro: [ \_\_\_\_\_ ]

Município: [ \_\_\_\_\_ ]

DDD: [ \_\_\_\_\_ ] Telef. Res/Contato: [ \_\_\_\_\_ ] Telef. Celular: [ \_\_\_\_\_ ]

Email: [ \_\_\_\_\_ ]

### DADOS PESSOAIS

Estado civil: [ \_\_\_\_\_ ]

C.P.F.: [ \_\_\_\_\_ ] PIS/PASEP: [ \_\_\_\_\_ ]

RG: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Emissão: [ \_\_\_\_\_ ] Órgão expedidor: [ \_\_\_\_\_ ] UF: [ \_\_\_\_\_ ]

Carteira Profissional: [ \_\_\_\_\_ ] Série: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Emissão: [ \_\_\_\_\_ ] UF: [ \_\_\_\_\_ ]

Título de Eleitor: [ \_\_\_\_\_ ] Zona Eleitoral: [ \_\_\_\_\_ ]

Seção Eleitoral: [ \_\_\_\_\_ ] UF Emissão Título Eleitor: [ \_\_\_\_\_ ]

Grau de Instrução: [ \_\_\_\_\_ ] Especialidade: [ \_\_\_\_\_ ]

Registro em Órgão de Classe (Facultativo): [ \_\_\_\_\_ ] Órgão expedidor: [ \_\_\_\_\_ ]

Data de Emissão: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Validade: [ \_\_\_\_\_ ]

Carteira Nacional de Habilitação (*Obrigatório para Motoristas e Operadores*): [ \_\_\_\_\_ ]

Órgão expedidor: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Emissão: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Validade: [ \_\_\_\_\_ ]

Data da 1ª Habilitação: [ \_\_\_\_\_ ] Categoria da CNH: [ \_\_\_\_\_ ]

Preenche cota de Pessoas com Deficiência: ( ) Sim ( ) Não Tipo de Deficiência: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES**

Tipo de Dependência ou Parentesco: [ \_\_\_\_\_ ]

Nome: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Nascimento: [ \_\_\_\_\_ ]

CPF do Dependente **(Obrigatório para qualquer idade)**: [ \_\_\_\_\_ ]

Dep IRRF: ( ) Sim [anexar cópia da Declaração de IR] ( ) Não Percebe Salário Família : ( ) Sim ( ) Não

Dependente em Plano de Saúde: ( ) Sim ( ) Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

**DEPENDENTES**

Tipo de Dependência ou Parentesco: [ \_\_\_\_\_ ]

Nome: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Nascimento: [ \_\_\_\_\_ ]

CPF do Dependente **(Obrigatório para qualquer idade)**: [ \_\_\_\_\_ ]

Dep IRRF: ( ) Sim [anexar cópia da Declaração de IR] ( ) Não Percebe Salário Família : ( ) Sim ( ) Não

Dependente em Plano de Saúde: ( ) Sim ( ) Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

**DEPENDENTES**

Tipo de Dependência ou Parentesco: [ \_\_\_\_\_ ]

Nome: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Nascimento: [ \_\_\_\_\_ ]

CPF do Dependente **(Obrigatório para qualquer idade)**: [ \_\_\_\_\_ ]

Dep IRRF: ( ) Sim [anexar cópia da Declaração de IR] ( ) Não Percebe Salário Família : ( ) Sim ( ) Não

Dependente em Plano de Saúde: ( ) Sim ( ) Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

**DEPENDENTES**

Tipo de Dependência ou Parentesco: [ \_\_\_\_\_ ]

Nome: [ \_\_\_\_\_ ] Data de Nascimento: [ \_\_\_\_\_ ]

CPF do Dependente **(Obrigatório para qualquer idade)**: [ \_\_\_\_\_ ]

Dep IRRF: ( ) Sim [anexar cópia da Declaração de IR] ( ) Não Percebe Salário Família : ( ) Sim ( ) Não

Dependente em Plano de Saúde: ( ) Sim ( ) Não

Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

## EMPREGOS ANTERIORES COM REGISTRO EM CARTEIRA DE TRABALHO / CONTRIBUINTE INDIVIDUAL

1ª Empresa/Contribuinte Individual [\_\_\_\_\_]

Data do Início [\_\_\_\_\_] Data do Término [\_\_\_\_\_]

2ª Empresa/Contribuinte Individual [\_\_\_\_\_]

Data do Início [\_\_\_\_\_] Data do Término [\_\_\_\_\_]

3ª Empresa/Contribuinte Individual [\_\_\_\_\_]

Data do Início [\_\_\_\_\_] Data do Término [\_\_\_\_\_]

4ª Empresa/Contribuinte Individual [\_\_\_\_\_]

Data do Início [\_\_\_\_\_] Data do Término [\_\_\_\_\_]

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ME COMPROMETO A FORNECER A DOCUMENTAÇÃO CORRESPONDENTE, CASO SOLICITADO. DECLARO, AINDA, QUE QUALQUER ALTERAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES SERÁ COMUNICADA IMEDIATAMENTE AO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS E SERVIÇO DE PESSOAL.

\_\_\_\_\_  
CPF nº

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- 1) FAVOR NÃO RASURAR O FORMULÁRIO
- 2) ANEXAR CÓPIA APENAS DA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA, SE HOUVER DEPENDENTES DECLARADOS.
- 3) APÓS O RECADASTRAMENTO, O SERVIDOR DEVERÁ MANTER SEUS DADOS ATUALIZADOS, COMUNICANDO IMEDIAMENTE QUALQUER ALTERAÇÃO, MEDIANTE O PREENCHIMENTO APENAS DOS CAMPOS A SEREM ALTERADOS.
- 4) **ATENÇÃO:** SERVIDORES ATIVOS DEVERÃO ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:
  - a) Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade ou Carteira de Habilitação ou Carteira Profissional);
  - b) CPF;
  - c) Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone recente), ou na falta deste uma declaração de residência;
  - d) Certidão de nascimento dos dependentes menores de 21 anos ou inválidos;
  - e) PASEP/PIS/NIT;
  - f) CPF dos dependentes;
  - g) Título de eleitor ou último comprovante de votação;
  - h) Certidão de casamento;
  - i) cópia da CTPS para os servidores que ainda não solicitaram a computação de tempo contributivo.