



Cadastramento de Pessoa Física

| | | | |
|---|---|--|--------------------|
| IDENTIF FUNCIONAL RHE | | VÍNCULO | CPF |
| NOME | | | |
| SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO | | GRUPO SANGÜÍNEO <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O- | |
| RAÇA OU COR 1 <input type="checkbox"/> INDÍGENA 2 <input type="checkbox"/> BRANCA 3 <input type="checkbox"/> PRETA 4 <input type="checkbox"/> AMARELA 5 <input type="checkbox"/> PARDA | | | DATA DE NASCIMENTO |
| COM DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | TIPO DE DEFICIÊNCIA (preencher somente no caso de ingresso pela cota de deficientes, conforme Dec. 94.300/06) <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLA | | |
| CIDADE DE NASCIMENTO | | | UF |
| NOME DO PAI | | | |
| NOME DA MÃE | | | |
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL | | | |
| ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO SUPERIOR <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO | | | |
| CURSO SUPERIOR | | | |
| NACIONALIDADE | | ANO DE CHEGADA AO BRASIL (somente estrangeiro) | ANO 1º EMPREGO |

| | | | | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----|----------|
| DOCUMENTOS | REGISTRO GERAL Nº | TIPO | ÓRGÃO EXPEDIDOR | DATA DE EXPEDIÇÃO | UF | |
| | TÍTULO ELEITORAL Nº | ZONA | SECÃO | UF | | |
| | CARTEIRA DE HABILITAÇÃO Nº | CATEGORIA | ÓRGÃO EXPEDIDOR | DATA EXPEDIÇÃO | UF | VALIDADE |
| | CARTEIRA DE TRABALHO Nº | SÉRIE | UF | | | |
| | DOCUMENTO MILITAR Nº | DOC | SÉRIE | CAT | UF | FORÇA |
| | IDENTIDADE PROFISSIONAL Nº | TIPO (CONSELHO) | UF | DATA EXPEDIÇÃO | | |
| | PASEP | | | | | |

| | | | | |
|----------|------------------------|--------------------|-------------------|----|
| ENDEREÇO | TIPO (rua, avenida...) | NOME DO LOGRADOURO | | Nº |
| | COMPLEMENTO (ap, bl) | BAIRRO | CIDADE | UF |
| | CEP | FONE DDD Nº | CELULAR DDD Nº | |
| | E-MAIL | | | |

Autorizo a disponibilização de meus dados funcionais, contracheque e correlatos através do Portal do Servidor, os quais serão visualizados com senha pessoal. SIM NÃO

Data ____ / ____ / ____ Assinatura do nomeado/admitido

DECLARAÇÃO

NÃO INCURSÃO EM CRIME

DECLARO QUE NÃO ESTOU INCURSO EM CRIME ALGUM PREVISTO EM LEI que me impeça de exercer função ou cargo público. Firmo a presente declaração para que PRODUZA OS EFEITOS LEGAIS, ciente de que no caso de comprovação de sua falsidade ser nulo de pleno direito perante o Governo do Estado do Rio Grande do Sul o ato a que se integra esta declaração, sem prejuízo das sanções penais a que estiver sujeito.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

NÃO EXERCÍCIO DE CARGO/FUNÇÃO PÚBLICA FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que NÃO exerço cargo ou função pública federal, estadual ou municipal, nem função autárquica ou de economia mista, inclusive sob a forma de contrato temporário e nem percebo proventos pelos cofres públicos.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

EXERCÍCIO DE CARGO(S)/FUNÇÃO(ÕES) PÚBLICAS

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que exerço o(s) / a(s) seguinte(s) cargo(s) / função(ões):

1. _____, matrícula nº _____,
(nome do cargo/função) (nº da matrícula)
lotado(a) no(a) _____,
(nome do Órgão de lotação do servidor)
com carga horária semanal de _____, nomeação registrada no Ato Oficial, nº _____,
(nº de horas) (nome do Ato Oficial)
_____, nº _____, publicada em _____,
(nº do Ato Oficial) (data da publicação do Ato Oficial)

2. _____, matrícula nº _____,
(nome do cargo/função) (nº da matrícula)
lotado(a) no(a) _____,
(nome do Órgão de lotação do servidor)
com carga horária semanal de _____, nomeação registrada no Ato Oficial _____,
(nº de horas) (nome do Ato Oficial)
_____, nº _____, publicada em _____,
(nº do Ato Oficial) (data da publicação do Ato Oficial)

Em: ____/____/____ Ass.: _____

PERCEPÇÃO DE PROVENTOS PELOS COFRES PÚBLICOS

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários que sou servidor inativo do(a) _____
_____, desde _____,
onde exerci o cargo de _____, matrícula _____.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

EXONERAÇÃO/DISPENSA DE CARGO/FUNÇÃO PÚBLICA FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL

DECLARO ter efetuado solicitação de Exoneração/ Dispensa do cargo/função:
_____, matrícula _____.

Nº do Processo _____ - _____ / ____ - ____

Em: ____/____/____ Ass.: _____