



Ficha Cadastral

Data:

☐ INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ SUSPENSÃO ☐ RESTABELECIMENTO

1. DADOS PESSOAIS

FOTO 3x4

NOME				FOTO 3x4				
NOME DE TRATAMENTO			MATRÍCULA SIAPE					
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	GRUPO/TIPO SANGÜÍNEO					
NATURALIDADE	UF	NACIONALIDADE						COR
CÔNJUGE								
FILIAÇÃO – PAI								
FILIAÇÃO – MÃE								
ESCOLARIDADE			FORMAÇÃO					
ESPECIALIZAÇÃO								
CONSELHO REGIONAL		ÓRGÃO		UF	DATA DE EMISSÃO			
IDENTIDADE		ÓRGÃO		UF	DATA DE EMISSÃO			
TÍTULO ELEITORAL	ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO	UF				
CPF	CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		CATEGORIA DA CNH	PASSAPORTE				
Nº DO CERTIFICADO DE CUMPRIMENTO DO SERVIÇO MILITAR		ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO		SÉRIE				
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL		SÉRIE	UF	PIS/PASEP				
CARTERA DE ESTRANGEIRO		PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TIPO:						

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE		EMAIL	

3. BANCO PARA PAGAMENTO

BANCO (NOME / NÚMERO)	AGÊNCIA (NÚMERO / DV)	CONTA CORRENTE (NÚMERO / DV)
-----------------------	-----------------------	------------------------------

4. DADOS FUNCIONAIS

DATA DE INÍCIO NO PRIMEIRO EMPREGO	DATA DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO	EMAIL
CARGO/EMPREGO NA ORIGEM		

5. SITUAÇÃO FUNCIONAL

<input type="checkbox"/> AT. PERMANENTE	<input type="checkbox"/> NOMEADO P/ CARGO COMMISSIONADO	<input type="checkbox"/> INSTITUIDOR DE PENSÃO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> REQUISITADO	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> ESTAGIÁRIO
<input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO	<input type="checkbox"/> EXERCÍCIO PROVISÓRIO	<input type="checkbox"/> CEDIDO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MENSAGEIRIA	<input type="checkbox"/> REDISTRIBUÍDO	Qual órgão? _____	

6. TERMO DE OPÇÃO

<input type="checkbox"/> TITULAR	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTO
CD I, II, CGE I, II, III, CA I e II, CA III, CAS I e CAS II	
<input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO + ANUÊNIO	
<input type="checkbox"/> CARGO EFETIVO OU EMPREGO + 60% DO CARGO EM COMISSÃO	
<input type="checkbox"/> PARCELA VARIÁVEL	

MARQUE A OPÇÃO DESEJADA E PREENCHA APENAS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

7. RESERVADO À GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS

CARGO EFETIVO	CLASSE / PADRÃO	DATA DA POSSE	DATA DO EXERCÍCIO
ATO DE NOMEAÇÃO	NÚMERO DO ATO	DATA DE PUBLICAÇÃO	
ÓRGÃO DE ORIGEM			
CARGO EM COMISSÃO / FUNÇÃO		DATA DA POSSE	DATA DO EXERCÍCIO
CÓDIGO	UNIDADE		
ATO DE NOMEAÇÃO / DESIGNAÇÃO	NÚMERO DO ATO	DATA DE PUBLICAÇÃO	
LOTAÇÃO	EXERCÍCIO		

8. DEPENDENTES

Nome		Sexo (M / F)		Data de nascimento	
-		-		-	
Parentesco	Dependente agregado	Dependente para fins de:			
-	<input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/>	IR <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>
Nome		Sexo (M / F)		Data de nascimento	
-		-		-	
Parentesco	Dependente agregado	Dependente para fins de:			
-	<input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/>	IR <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>
Nome		Sexo (M / F)		Data de nascimento	
-		-		-	
Parentesco	Dependente agregado	Dependente para fins de:			
-	<input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/>	IR <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>
Nome		Sexo (M / F)		Data de nascimento	
-		-		-	
Parentesco	Dependente agregado	Dependente para fins de:			
-	<input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/>	IR <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>
Nome		Sexo (M / F)		Data de nascimento	
-		-		-	
Parentesco	Dependente agregado	Dependente para fins de:			
-	<input type="checkbox"/>	SF <input type="checkbox"/>	IR <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AO <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>
SF = SALÁRIO FAMÍLIA; IR = IMPOSTO DE RENDA; AM = ASSISTÊNCIA MÉDICA; AO = ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA; PE = AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR					

9. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO	<input type="checkbox"/> RESTABELECIMENTO
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA MÉDICA / HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> PLANO BÁSICO	<input type="checkbox"/> SUPERIOR I	<input type="checkbox"/> SUPERIOR II	<input type="checkbox"/> SUPERIOR III
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA				

10. AUXÍLIOS

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO	<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO	<input type="checkbox"/> RESTABELECIMENTO
<input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO	OPÇÕES:		<input type="checkbox"/> ÓRGÃO DE ORIGEM	<input type="checkbox"/> ÓRGÃO DE EXERCÍCIO
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE:	<input type="checkbox"/> METRÔ	<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> TREM	<input type="checkbox"/> OUTROS:
Linhas utilizadas na ida (residência/trabalho)		Tarifa	Linhas utilizadas na volta (trabalho/residência)	
1.			1.	
2.			2.	
CUSTO TOTAL DIÁRIO (IDA E VOLTA) - R\$			CÓDIGO (preenchido pela Gerência)	

11. DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

DECLARO, sob as penas da Lei, para os devidos fins previstos no Decreto nº 97.595, de 1989, que dispõe sobre a acumulação de cargos, empregos ou funções na Administração Federal, que:

☐ Não detenho cargo, emprego ou função em qualquer Órgão da Administração Direta dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem assim de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e autarquias em regime especial.

☐ Detenho o que determina o art. 1º, § 2º do mencionado Decreto.

TÍTULO/CARGO:	ÓRGÃO:
INTEGRANTE DA: <input type="checkbox"/> Adm. Fed. Direta <input type="checkbox"/> Adm. Fed. Indireta <input type="checkbox"/> Distrito Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Outros Poderes	

12. CARTÃO DE IDENTIDADE FUNCIONAL

<input type="checkbox"/> Solicito a emissão de identidade funcional.
--

Declaro sob minha responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas.

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do servidor

**Documentação necessária**

Data:

Documentos	Entregue (?)
Posse/Exercício – Cópias da documentação a seguir indicada (somente quando o servidor estiver ingressando no Órgão)	
Carteira de identidade, CPF, PIS/PASEP.	<input type="checkbox"/>
Certidão de nascimento ou casamento, Certidão de nascimento de dependentes ou declaração de dependência econômica.	<input type="checkbox"/>
Comprovante de escolaridade	<input type="checkbox"/>
Título de eleitor com comprovante de votação;	<input type="checkbox"/>
Declaração de imposto de renda e de bens;	<input type="checkbox"/>
Contracheque (requisitado).	<input type="checkbox"/>
Certidão de tempo de serviço	<input type="checkbox"/>
Atestado de aptidão física e mental, fornecido por médico integrante do Sistema único de Saúde – SUS ou Serviço Público Federal	<input type="checkbox"/>
Auxílio Pré-Escolar	
Certidão de nascimento.	<input type="checkbox"/>
Declaração do cônjuge ou companheiro (a) de que não usufruem de benefício similar, quando ambos forem servidores públicos.	<input type="checkbox"/>
Laudo médico, comprovando que o desenvolvimento biológico, psicológico e a motricidade do dependente corresponde à idade mental relativa a no máximo 07 anos, quando for dependente excepcional.	<input type="checkbox"/>
Termo de tutela ou adoção, quando for dependente sob tutela do servidor.	<input type="checkbox"/>
Comprovante de guarda legal do dependente, quando for servidor separado ou divorciado.	<input type="checkbox"/>
Auxílio-Natalidade	
Certidão de nascimento	<input type="checkbox"/>
Declaração do cônjuge ou companheiro (a) de que não usufruem de benefício similar, quando ambos forem servidores públicos	<input type="checkbox"/>