

ANEXO III

 1. DADOS PESSOAIS	Ficha Cadastral					Data:																				
	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		<input type="checkbox"/> SUSPENSÃO		<input type="checkbox"/> RESTABELECIMENTO																	
	NOME NOME DE TRATAMENTO MATRÍCULA SIAPE DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL GRUPO/TIPO SANGUÍNEO - - 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 POR TADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TIPO:																									
	FOTO 3x4																									
	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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> AT. PERMANENTE</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> NOMEADO P/ CARGO COMISSIONADO</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> INSTITUIDOR DE PENSÃO</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> APOSENTADO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO</td> <td><input type="checkbox"/> REQUISITADO</td> <td><input type="checkbox"/> PENSIONISTA</td> <td><input type="checkbox"/> ESTAGIÁRIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO</td> <td><input type="checkbox"/> EXERCÍCIO PROVISÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> CEDIDO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MENSAGEIRIA</td> <td><input type="checkbox"/> REDISTRIBUÍDO</td> <td colspan="2">Qual órgão? _____</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> AT. PERMANENTE	<input type="checkbox"/> NOMEADO P/ CARGO COMISSIONADO	<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? _____	
	<input type="checkbox"/> AT. PERMANENTE	<input type="checkbox"/> NOMEADO P/ CARGO COMISSIONADO	<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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> TITULAR</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> SUBSTITUTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">CD I, II, CGE I, II, III, CA I e II, CA III, CAS I e CAS II</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO + ANUÊNIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CARGO EFETIVO OU EMPREGO + 60% DO CARGO EM COMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> PARCELA VARIÁVEL</td> </tr> </table>										<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								
<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

ANEXO III

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 <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
Parentesco -	Dependente agregado <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
Parentesco -	Dependente agregado <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
Parentesco -	Dependente agregado <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
Parentesco -	Dependente agregado <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
Parentesco -	Dependente agregado <input type="checkbox"/>	Dependente para fins de:	SF	IR	AM	AO
Nome			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PE
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		PLANO BÁSICO	SUPERIOR I	SUPERIOR II
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA				SUPERIOR III

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:		ÓRGÃO DE ORIGEM	ÓRGÃO DE EXERCÍCIO
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE:	<input type="checkbox"/> METRÔ	<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	TREM	<input type="checkbox"/> OUTROS:
Linhos utilizadas na ida (residência/trabalho)		Tarifa	Linhos 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 detengo 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.

Detengo 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

Solicito a emissão de identidade funcional.

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

Brasília-DF, _____ / _____ / _____

Assinatura do servidor

ANEXO III