

## ANEXO III



## 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<br><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<br><input type="checkbox"/> CARGO EFETIVO OU EMPREGO + 60% DO CARGO EM COMISSÃO<br><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      | 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 | PLANO BÁSICO                       | SUPERIOR                          | SUPERIOR II                        | 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:                            | ÓRGÃO DE ORIGEM                   | ÓRGÃO DE EXERCÍCIO                               |   |
| <input type="checkbox"/> TRANSPORTE:           | <input type="checkbox"/> METRÔ     | <input type="checkbox"/> ÔNIBUS   | TREM   | 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

MARQUE A OPÇÃO DESEJADA E PREENCHA APENAS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

### ANEXO III