

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO OU RECADASTRAMENTO - SINDSERV GUARUJÁ**

1 - Prontuário:

2 - Segundo Prontuário: (caso possua)

**SINDICALIZADO** Sim Não**I - DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR**

3 - Nome Completo (não abreviar)

4 - CPF

5 - Data de Nascimento

6 - Sexo (M/F)

7 - Nacionalidade

8 - Naturalidade (informe cidade de nascimento)

9 - UF

10 - Grau de Instrução

 Analfabeto Alfabetizado Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Superior Completo Ensino Superior Incompleto Pós-Graduação Mestrado Doutorado Pós-Doutorado

11 - Assinale seu Estado Civil

 Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo Outro

12 - RG

13 - Órgão Expedidor

14 - UF

15 - Data de Expedição

16 - Conselho Regional

17 - Número de Inscrição

18 - Título de Eleitor

19 - Zona

20 - Seção

21 - UF

22 - Regime de Trabalho

(tem que caracterizar vínculo com o serviço público municipal)

 Estatutário Celetista Comissionado Contrato Especial de Trabalho Outro

23 - Certificado de Reservista

24 - UF

25 - Carteira Profissional

26 - Série(nº)

27 - UF

28 - Data de Expedição

29 - PIS / PASEP

30 - Tipo (1-PIS, 2-PASEP)

31 - Data do Cadastro

32 - Nome do Pai

33 - Nome da Mãe

**II - ENDEREÇO COMPLETO DE CONTATO (para correspondência)**

34 - Endereço

35 - Nº

36 - Complemento

37 - Bairro

38 - Cep:

39 - Cidade

40 - Estado

41 - Telefone Res./Comercial:

DDD

e DDD

42 - Celular:

DDD

e DDD

43 - E-mail (inserir pontos e @ em cada quadrado respectivo)

**III - SITUAÇÃO FUNCIONAL COMO SERVIDOR PÚBLICO**

44 - Data de Admissão (início da atividade)

45 - Nível

46 - Cargo Efetivo (primeiro vínculo)

47 - Carga Horária Mensal

48 - Cargo Efetivo (segundo vínculo, caso possua 02 vínculos diretos na PMG)

49 - Carga Horária Mensal

50 - Secretaria de Origem

51 - Lotação (local de trabalho)

52 - Telefone do Local de Trabalho

53 - Ramal

Telefone do Local de Trabalho 2

Ramal

DDD

e DDD

54 - Nº do Diário Oficial da Portaria de Nomeação

55 - Data da Publicação do D.O.

(Para servidores que são somente estatutários, sem vínculo celetista)

56 - Está cedido pelo órgão de origem para outro ente público

Não  Sim, com ônus  Sim, sem ônus

57 - Lotação (local de trabalho)

#### IV - INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS E DE CONDIÇÃO DE SAÚDE E SOCIAL

58 - É aposentado ou pensionista?

Sim  Não

59 - Regime:  RGPS  RPPS

60 - Informe qual o benefício:

Aposentadoria

Pensão por morte

61 - Possui alguma deficiência diagnosticada?

Sim  Não

62 - Qual:

63 - Tipo de Aposentadoria:

Especial

Idade

Idade e Tempo de Contribuição

Por Invalidez

64 - Data da Aposentadoria

/ /

65 - Foi readaptado ou tem restrição funcional?

Sim  Não

#### V - CADASTRO DE DEPENDENTES (para fins de benefícios e/ou serviços)

Dependente 1

Nome

Data de Nascimento

Grau de Parentesco

Sexo

Masculino  Feminino

RG

Orgão Expedidor

UF

CPF

Finalidade:  Plano de Saúde  Seguro de Vida  Imposto de Renda

(Assinale com um "X" em todas as finalidades pretendidas)

Nº do Cartão do SUS:

(exigência governamental para Planos de Saúde)

Dependente 2

Nome

Data de Nascimento

Grau de Parentesco

Sexo

Masculino  Feminino

RG

Orgão Expedidor

UF

CPF

Finalidade:  Plano de Saúde  Seguro de Vida  Imposto de Renda

(Assinale com um "X" em todas as finalidades pretendidas)

Nº do Cartão do SUS:

(exigência governamental para Planos de Saúde)

Dependente 3

Nome

Data de Nascimento

Grau de Parentesco

Sexo

Masculino  Feminino

RG

Orgão Expedidor

UF

CPF

Finalidade:  Plano de Saúde  Seguro de Vida  Imposto de Renda

(Assinale com um "X" em todas as finalidades pretendidas)

Nº do Cartão do SUS:

(exigência governamental para Planos de Saúde)

**Dependente 4**

Nome

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Grau de Parentesco

\_\_\_\_\_

Sexo

Masculino  Feminino

RG

Orgão Expedidor

UF

\_\_\_\_\_

CPF

\_\_\_\_\_

Finalidade:  Plano de Saúde  Seguro de Vida  Imposto de Renda

(Assinale com um "X" em todas as finalidades pretendidas)

Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

(exigência governamental para Planos de Saúde)

**Dependente 5**

Nome

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Grau de Parentesco

\_\_\_\_\_

Sexo

Masculino  Feminino

RG

Orgão Expedidor

UF

\_\_\_\_\_

CPF

\_\_\_\_\_

Finalidade:  Plano de Saúde  Seguro de Vida  Imposto de Renda

(Assinale com um "X" em todas as finalidades pretendidas)

Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

(exigência governamental para Planos de Saúde)

**VI - INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VII - DECLARAÇÃO: Declaro que todas as informações preenchidas estão corretas e me responsabilizo pela sua veracidade.**

Local e data: Guarujá \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE RECADASTRAMENTO - COMPROVANTE PARA SORTEIO**

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Data de Entrega da Documentação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável pelo cadastramento:

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Assinatura

Acompanhe as informações sobre o sorteio pelo site: [www.sindservguaruja.org.br](http://www.sindservguaruja.org.br)



**PROTOCOLO DE RECADASTRAMENTO - COMPROVANTE PARA SORTEIO**

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Data de Entrega da Documentação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável pelo cadastramento:

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Assinatura

Acompanhe as informações sobre o sorteio pelo site: [www.sindservguaruja.org.br](http://www.sindservguaruja.org.br)

