



**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL**

DADOS PESSOAIS							
MATRÍCULA	NOME						
DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE			NACIONALIDADE			
RAÇA	SEXO ( ) M ( ) F	TIPO SANGUÍNEO		POSSUI DEFICIÊNCIA ( ) Sim ( ) Não		TIPO DE DEFICIÊNCIA	
DOCUMENTOS							
CPF(MF)	RG		ÓRGÃO EMISSOR	DATA EMISSÃO	PIS/PASEP		
TÍTULO ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	CTPS	SÉRIE	DATA EMISSÃO	CNH Nº	CATEGORIA
RESERVISTA	ÓRGÃO RESERVISTA		DATA EMISSÃO				
ENDEREÇO							
LOGRADOURO						NÚMERO	
COMPLEMENTO				BAIRRO		CEP	
CIDADE		UF	TELEFONE	CELULAR	E-MAIL		
DADOS FUNCIONAIS							
DATA ADMISSÃO	TIPO SERVIDOR ( ) Efetivo ( ) Contratado ( ) Credenciado ( ) Convocado						
CARGO CONCURSO		CARGO/FUNÇÃO QUE EXERCE ATUALMENTE			LOTAÇÃO ATUAL		
GRAU DE INSTRUÇÃO ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Superior Incompleto				( ) Superior Completo ( ) Mestrado Incompleto ( ) Mestrado Completo ( ) Doutorado Incompleto ( ) Doutorado Completo			
CURSO DE FORMAÇÃO/GRADUAÇÃO				ÁREA DE FORMAÇÃO/LICENCIATURA			

**Documentos a serem apresentados na Secretaria Municipal de Saúde Pública:**

- Formulário de Recadastramento do Servidor Público Municipal;
- Declaração de Acúmulo ou não acúmulo de cargos;
- Declaração de bens;
- Declaração de Atualização de Cadastro;
- Fotocópia do Comprovante de residência atualizado;
- Fotocópia de todos os documentos (RG, CPF, PIS/PASEP, Título de Eleitor, Certidão de Nascimento ou Casamento, CNH, Reservista, Carteira do Conselho, Diploma de Graduação/Formação, Certidão de Nascimento dos dependentes, menores de 14 anos);
- 01 (uma) foto 3x4 recente.

Assinatura do Servidor Público	DATA DO RECEBIMENTO
	____/____/____
Servidor Responsável pela análise dos dados	Visto do Secretário Municipal de Saúde