



## FICHA DO FUNCIONÁRIO

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: M  F

### DADOS PESSOAIS

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ANO DE CHEGADA (SE ESTRANGEIRO): \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DEFICIÊNCIA: SIM  NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Enviar o laudo médico comprobatório da deficiência

AUTODECLARAÇÃO RAÇA/COR:  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

*Esta autodeclaração atende a exigência do art. 39, §8º, da Lei nº 12.288/2010, alterado pela Lei nº 14.553/2023 e da Portaria MTE Nº 3.784/2023.*

### DOCUMENTAÇÃO

CPF: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_ EMISSÃO: \_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ EMISSÃO: \_\_\_\_\_

TÍTULO ELEITORAL: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_ EMISSÃO: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO MILITAR: \_\_\_\_\_ CATEG: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_ CSM/DAM: \_\_\_\_\_ EMISSÃO: \_\_\_\_\_

### DADOS FUNCIONAIS

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ SECRETARIA: \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO:  ESTATUTÁRIO  CARGO COMISSIONADO  CONTRATADO  ESTAGIÁRIO  CEDIDO  OUTROS

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

PREVIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONCURSADO: SIM  NÃO  FAIXA/NÍVEL/VALOR SALARIAL: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_ JORNADA SEMANAL: \_\_\_\_\_ MENSAL: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DO CONTRATO: \_\_\_\_\_

### DEPENDENTE

CPF	NOME	DATA NASC.	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DEPENDENTE IMP.RENDA
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

*Para fins da legislação do Imposto de Renda, declaro que são meus dependentes as pessoas acima informadas acima. Ciente da proibição da dedução de um dependente por ambos os cônjuges, declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a Diretoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas/SEAI/PMA, nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.*

Alagoinhas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura