



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

**FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO**

**Documentos Obrigatórios (Cópia):**

**\*Declaração de tempo de contribuição efetuado a outros órgãos**

**NOME:**

**SECRETARIA:**

**VÍNCULO:**

- Servidor em Cargo Efetivo     Servidor em cargo Temporário     Servidor em Cargo Comissionado  
 Empregado público (CLT)     Exercendo Mandato Eletivo     Estagiário

-----  
**DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR**

Data Nascimento:

Cidade/UF Nascimento:

Nacionalidade:

Nome (Completo) Pai:

Nome (Completo) Mãe:

Estado Civil:  Outros     Solteiro     Casado     Viúvo     Separado Judicialmente     Divorciado     União Estável

Sexo:  Masculino     Feminino

Portador de deficiência:     Sim     Não    Qual? \_\_\_\_\_

Possui restrições médicas no trabalho de acordo com Perícia Médica Oficial:  Sim     Não

Quais? \_\_\_\_\_  
-----

**DOCUMENTOS**

Numero do CPF:

Numero da Identidade:

Data de Expedição:

Órgão Emissor:

Estado:

Numero do PIS:

Número da CTPS/Série/UF da Expedição:

Numero Titulo Eleitoral:

Zona:

Seção:

Carteira(Certificado) Reservista:

Categoria:

Carteira de Habilitação:

Categoria:

Data Validade:

Número da inscrição no órgão de classe:

Órgão Emissor:

Data Validade:

---

## ENDEREÇO

Endereço:

Numero:

Complemento:

Cidade/UF:

Bairro:

CEP:

Telefone Residencial:

Celular:

Recado:

e-mail:

---

## FORMAÇÃO

Grau de Instrução: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) Superior ( ) Pós-Graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Completo SIM ( ) NÃO ( )

---

## DEPENDENTES

Tabela 1 (Tipo de Dependência)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>0. Outros</li><li>1. Conjugue</li><li>2. Companheiro (a)</li><li>3. Filho (a) Não Emancipado Menor de 21 Anos Com Dependência Econômica</li><li>4. Filho (a) Inválido(a)</li><li>5. Pai (Mãe) Com Dependência Econômica</li><li>6. Irmão Não Emancipado Menor De 21 anos Com Dependência Econômica</li><li>7. Irmão Inválido Com Dependência Econômica</li><li>8. Enteado Não Emancipado Menor De 21 anos Com Dependência Econômica</li><li>9. Enteado Inválido Com Dependência Econômica</li><li>10. Menor Tutelado Não Emancipado Menor De 21 Anos com Dependência Econômica</li><li>11. Menor Tutelado Inválido com Dependência Econômica</li></ol> |
|--|

Nome:

Parentesco ( )Vide Tabela 1

Data de Nascimento:

Nº CPF:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

---

Nome: Parentesco ( )Vide Tabela 1

Data de Nascimento: N° CPF:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

---

Nome: Parentesco ( )Vide Tabela 1

Data de Nascimento: N° CPF:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

---

Nome: Parentesco ( )Vide Tabela 1

Data de Nascimento: N° CPF:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

---

TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PARA INSS (anexar cópia do demonstrativo)

---

Data início de contribuição do INSS:  
/ /

Data Término de Contribuição do INSS:  
/ /

---

Data início de contribuição do INSS:  
/ /

Data Término de Contribuição do INSS:  
/ /

---

Data início de contribuição do INSS:  
/ /

Data Término de Contribuição do INSS:  
/ /

---

Data início de contribuição do INSS:  
/ /

Data Término de Contribuição do INSS:  
/ /

---

Data início de contribuição do INSS:  
/ /

Data Término de Contribuição do INSS:  
/ /

Declaro responsabilizar-me pela veracidade e correção das informações por mim prestadas, em todos os itens deste formulário.

São Lourenço do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor (a)

### PROTOCOLO DE ENTREGA

O Formulário do Recadastramento da Prefeitura de São Lourenço do Sul /RS foi entregue em...../...../.....

\_\_\_\_\_  
(Assinatura/Carimbo do Servidor)