

ANEXO III



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MARICÁ
Rua Amadeu Pugliese, 28 - Centro Maricá - RJ - Tel.: 2637-3680

FOTO

CADASTRO DE SERVIDORES

NOME				ESTADO CIVIL	
------	--	--	--	--------------	--

NOME DO PAI		NOME DA MÃE		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS	
-------------	--	-------------	--	---	--

DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE/ESTADO	SEXO	CPF
--------------------	---------------------	------	-----

ENDEREÇO					
----------	--	--	--	--	--

BAIRRO	CEP	CIDADE	TELEFONE
--------	-----	--------	----------

PIS/PASEP	DATA INGRESSO NO MUNICÍPIO	DATA DE INGRESSO NO CARGO ATUAL	CARGO	MATRICULA	SALÁRIO BASE	VANTAGEM INCORPORADAS + INCORPORÁVEIS
-----------	----------------------------	---------------------------------	-------	-----------	--------------	---------------------------------------

GRAU DE INSTRUÇÃO						
-------------------	--	--	--	--	--	--

TIPO DE SERVIÇO COMPROVADO ANTERIOR AO SEU INGRESSO NO MUNICÍPIO						
--	--	--	--	--	--	--

EMPREGADOR	ADMISSÃO	DESLIGAMENTO	DIAS	MESES	ANOS
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__
	__/__/__	__/__/__	__/__	__/__	__/__

TOTAL	__/__/__	<input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO	__/__/__
-------	----------	---------------------------------------	----------

TEMPO DE SERVIÇO TOTAL EM ANO COMPLETOS NO MUNICÍPIO				Situação Atual	
--	--	--	--	----------------	--

ACUMULA CARGO ?	EMPRESA	ENTE	CARGO	<input type="checkbox"/> LICENCIADO <input checked="" type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO	
-----------------	---------	------	-------	---	--

TIPO DE APOSENTADORIA		() POR TEMPO DE SERVIÇO () POR IDADE () ESPECIAL () COMPULSÓRIA () INVALIDEZ			
-----------------------	--	--	--	--	--

NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	CPF	INVALIDO ?
------	--------------------	------	---------------------	-----	------------

ASSINATURA