

ANEXO IV



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



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"/> VIUVO <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	MATRÍCULA	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	/ /	() <u>EM EXERCÍCIO</u>	/ /
-------	-----	-------------------------	-----

TEMPO DE SERVIÇO TOTAL EM ANO COMPLETOS NO MUNICÍPIO			() LICENCIADO	Situação Atual				
<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO	
ACUMULA CARGO ? () SIM () NÃO	EMPRESA () PÚBLICA () PRIVADA	ENTE	CARGO					
TIPO DE APOSENTADORIA () POR TEMPO DE SERVIÇO () POR IDADE () ESPECIAL () COMPULSÓRIA () INVALIDEZ								

NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	CPF	INVALIDO ?

ASSINATURA