

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	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				<input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO
--	--	--	--	---

ACUMULA CARGO ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA	ENTE	CARGO		
TIPO DE APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> POR TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> POR IDADE <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> COMPULSÓRIA <input type="checkbox"/> INVALIDEZ					

NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	CPF	INVALIDO ?

ASSINATURA