

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

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 MUNICIPIO		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 MUNICIPIO											
EMPREGADOR					ADMISSÃO	DESLIGAMENTO	DIAS	MESES		ANOS	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
TOTAL					__/__/__	__/__/__	__/__	__/__		__/__	
TEMPO DE SERVIÇO TOTAL EM ANO COMPLETOS NO MUNICIPIO						<input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO		Situação Atual			
ACUMULA CARGO ?		EMPRESA		ENTE		CARGO				<input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA									
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											