# 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<br>( ) SOLTEIRO<br>( ) CASADO<br>( ) SEPARADO JUDICIALMENTE<br>( ) UNIÃO ESTÁVEL<br>( ) DIVORCIADO<br>( ) VIÚVO<br>( ) OUTROS |
| NOME DO PAI | | NOME DA MÃE | | |
| 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 + INCOPORÁVEIS |
| GRAU DE INSTRUÇÃO | | | | | | |
| TIPO DE SERVIÇO COMPROVADO ANTERIOR AO SEU INGRESSO NO MUNICÍPIO | | | | | | |

| EMPREGADOR | ADMISSÃO | DESLIGAMENTO | DIAS | MESES | ANOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| | ___/___/____ | ___/___/____ | ____/____ | ____/____ | ____/____ |
| TOTAL | | | ____/____ | ____/____ | ____/____ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TEMPO DE SERVIÇO TOTAL EM ANO COMPLETOS NO MUNICÍPIO | | | | Situação Atual<br>( ) EM EXERCÍCIO<br>( ) LICENCIADO<br>( ) APOSENTADO |
| ACUMULA CARGO ?<br>( ) SIM ( ) NÃO | EMPRESA<br>( ) 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 | INVÁLIDO ? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ASSINATURA