

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"/>) 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			<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	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