

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 + INCORPORAVEIS
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			<u> </u> <u> </u> <u> </u>	Situação Atual <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input checked="" type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO		
ACUMULA CARGO ?	EMPRESA	ENTE	CARGO			
<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 ?	
<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> ASSINATURA						