

## ANEXO I

### A que se refere o inciso II do artigo 3º desta Resolução

#### FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

#### I - DADOS PESSOAIS

**De**

**Para**

01) Nome:

Nome (completo sem abreviação):\*

02) Sexo:

Sexo:\*

Feminino

Masculino

03) Data de Nascimento:

Data de Nascimento:

/  /  (dd/mm/aaaa)

04) Nome do Pai:

Nome do Pai (completo sem abreviação):\*

Não Consta

05) Nome da Mãe:

Nome da Mãe (completo sem abreviação):\*

Não Consta

06) Estado Civil:

Estado Civil:\*

Casado(a)

Divorciado(a)

Separado(a) Judicialmente

Solteiro(a)

Viúvo(a)

07) União Estável:

União Estável:\*

Sim

Não

08) União Homoafetiva:

União Homoafetiva:\*

Sim

Não

09) Nome do Cônjuge / Companheiro(a):

Cônjuge / Companheiro(a) (completo sem abreviação):

10) Raça / Cor:

Como você se considera?\*

Amarelo (Asiático)

Branco

Indígena

Negro

Pardo ou Mulato

Não Declarada

11) Necessidades Especiais:

É portador de necessidades especiais?\*

Sim

Não

Qual?:

Auditiva

Motora

Visual

Reabilitada

12) Nacionalidade:

Nacionalidade:\*(Tabela 1)

13) Naturalidade / UF:

Naturalidade:\*

UF:\*(Tabela 2)

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

**De**

**Para**

14) RG - Dígito:

Número do RG:\*

Dígito:\*

15) Data de Expedição do RG:

Data de Expedição:\*

(dd/mm/aaaa)

16) Órgão Emissor do RG / UF:

Órgão Emissor do RG:\*

Secretaria de Segurança Pública dos Estados - SSP

Polícia Federal - PF

Outros

UF:\*( Tabela 2)

17) CPF:

Número do CPF:

Dígito:

Próprio?\*

Sim  Não

18) Título eleitor / Zona / Seção:

Número do Título Eleitor

Zona

Seção

19) CNH / Categoria:

Número da CNH:

Categoria:

A  B  C  D  E

20) Validade da CNH:

Data de Validade da CNH:

(dd/mm/aaaa)

21) Assistência Médica:

Indique a Assistência Médica mais utilizada:\*

Convênio - Subsidiado pela Empresa

Convênio - Particular

SUS

IAMSPE

Hospital da Polícia Militar

22) Banco / Agência:

Banco:

**151 - Nossa Caixa**

Agência:\*

Dígito:\*

23) Tipo / Conta / Dígito:

Tipo:\*( Tabela 3)

Conta:\*

Dígito:\*

24) Habitação:

Possui imóvel próprio ou financiado?\*

Sim

Não

Já foi atendido por Programa de Habitação?\*

Sim

Não

Tem interesse em adquirir imóvel próprio por Programa Governamental?\*

Sim

Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### II - DADOS DE ENDEREÇO PESSOAL

01) CEP:\*

02) Tipo e Nome do Logradouro:\*

03) Número:\*

Sem Número

Complemento:

04) Bairro:\*

05) Cidade:\*

UF:\*(Tabela 2)

06) Telefones de Contato:

Residencial:      DDD      Número  
           

Celular:           

Recado:           

07) E-mail Pessoal:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

### FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

- Sim       Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteadado ou menor tutelado sob dependência econômica

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

- Sim       Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteadado ou menor tutelado sob dependência econômica

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

### FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

- Sim       Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteadado ou menor tutelado sob dependência econômica

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 /  /  (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM PREVIDENCIÁRIO

01) Possui dependentes para fim previdenciário?\*

- Sim       Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a) na constância do casamento, união estável ou união homoafetiva
- Filho ou filha menor de 21 anos e não emancipado(a)
- Filho ou filha inválido(a) para o trabalho ou incapaz civilmente sob dependência econômica
- Pai ou mãe sob dependência econômica
- Enteadado ou menor tutelado sob dependência econômica

03) Nome do Dependente:

04) Data de Nascimento:

 /  /  (dd/mm/aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

### FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM DE IMPOSTO DE RENDA

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

- Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho
- Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 ano:
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial
- Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

O campo marcado com \* é obrigatório

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM DE IMPOSTO DE RENDA

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

- Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho
- Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 ano:
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial
- Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

O campo marcado com \* é obrigatório

### FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM DE IMPOSTO DE RENDA

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

- Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho
- Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 ano:
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial
- Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

O campo marcado com \* é obrigatório

#### III - DADOS DE DEPENDENTES PARA FIM DE IMPOSTO DE RENDA

01) Possui dependentes para fim de Imposto de Renda?\*

- Sim  Não

02) Vínculo:

- Cônjuge ou companheiro(a)
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos de idade ou incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho
- Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos universitário ou cursando escola técnica
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) até 21 anos do(a) qual tenha guarda judicial ou incapacitado física ou mentalmente para o trabalho ou com idade de 21 até 24 anos universitário ou cursando escola técnica do(a) qual tenha detido sua guarda judicial até 21 ano:
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre até 21 anos do qual tenha guarda judicial
- Pessoa absolutamente incapaz da qual seja tutor ou curador

03) Nome do Dependente:

O campo marcado com \* é obrigatório

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:\*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação \*

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

03) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:\*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação \*

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

03) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação

01) Grau de Escolaridade:\*

Grau

- Fundamental / Equivalente
- Médio / Equivalente
- Profissionalizante
- Superior

Situação \*

- Completo
- Em Curso
- Incompleto

02) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

03) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

04) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

05) Conselho Regional: (Tabela 7)

06) Número de Registro / Conselho:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação Complementar

01) Possui Formação Complementar?\*

- Sim
- Não

02) Formação:

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Aperfeiçoamento
- Pós Doutorado

03) Área:

- Biológicas
- Exatas
- Humanas

04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

05) Ano de Conclusão:

 (aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação Complementar

01) Possui Formação Complementar?\*  Sim  Não

02) Formação:  
 Especialização  Mestrado  Doutorado  Aperfeiçoamento  Pós Doutorado

03) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

05) Ano de Conclusão:  
 (aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Formação Complementar

01) Possui Formação Complementar?\*  Sim  Não

02) Formação:  
 Especialização  Mestrado  Doutorado  Aperfeiçoamento  Pós Doutorado

03) Área:  
 Biológicas  Exatas  Humanas

04) Curso: (Tabelas 4, 5 e 6)

05) Ano de Conclusão:  
 (aaaa)

O campo marcado com \* é obrigatório

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### IV - DADOS DE ESCOLARIDADE

Idioma

01) Possui Idioma Complementar?\*

Sim

Não

02) Idioma / Nível:

Idioma

Alemão

Espanhol

Francês

Inglês

Italiano

Japonês

Nível

Básico

Intermediário

Fluente

O campo marcado com \* é obrigatório

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

#### 1) Dados do Provimento

Entidade

RS/PV, Matrícula ou RE:

Cargo / Função / Posto / Graduação:

Início do Provimento:

UA Freqüência:

#### Reconhece esse Provimento?\*

Sim

Não Motivo:\*

Natureza do cargo / função / posto / graduação:\*(Tabela 8)

As atividades exercidas são compatíveis com seu cargo / função / posto / graduação?\*

Sim

Não

Está Readaptado?\*

Sim

Não

Está Licenciado?\*

Sim

Motivo:\*(Tabela 9)

Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

#### 2) Preencha somente em caso de Afastamento

Com Prejuízo de Vencimentos / Salários\*

Sem Prejuízo de Vencimentos / Salários\*

Tipo de Afastamento:\* (Tabela 10)

- |         |   |                      |             |
|---------|---|----------------------|-------------|
| Local:* | <input type="checkbox"/> Autarquias                 | <input type="text"/> | (Tabela 11) |
|         | <input type="checkbox"/> Autarquias Regime Especial | <input type="text"/> | (Tabela 12) |
|         | <input type="checkbox"/> Empresas                   | <input type="text"/> | (Tabela 13) |
|         | <input type="checkbox"/> Fundações                  | <input type="text"/> | (Tabela 14) |
|         | <input type="checkbox"/> Secretarias                | <input type="text"/> | (Tabela 15) |
|         | <input type="checkbox"/> Outros Órgãos / Entidades  | <input type="text"/> | (Tabela 16) |

#### 3) Preencha somente em caso de Designação

Tipo de Designação:\*

Substituição

Pro Labore Lei nº10.168/68

Pro Labore - Carreira Específica

Cargo Vago

Função em Confiança

Outros

Função:\*

Dirigente

Coordenação

Assessoramento

Supervisão

Assistência

Direção

Chefia

Encarregatura

Outros

Nível Organizacional:\*

Assessoria Técnica

Coordenadoria

Departamento

Divisão

Serviço

Seção

Setor

Outros

As atividades exercidas são compatíveis com esta designação?\*

Sim

Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### V - DADOS FUNCIONAIS DO PROVIMENTO

#### 4) Dados de Endereço Funcional do Provimento

4.1. CEP:\*

4.2. Tipo e Nome do Logradouro:\*

4.3. Número:\*

Sem Número

Complemento:

4.4. Bairro:\*

4.5. Cidade: \*

UF:\*(Tabela 2)

4.6. Telefone Funcional:

Funcional:\*

DDD

Número

Ramal

4.7. E-mail Funcional:

Os campos marcados com \* são obrigatórios

## FICHA CADASTRAL

Nome:

CPF:

### V - DADOS FUNCIONAIS GERAIS

#### 1) Dados Funcionais

**De**

**Para**

Ingresso Serviço Público Estadual:

Ingresso Serviço Público Estadual:\*  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Ano do Primeiro Emprego:

Ano do Primeiro Emprego:\*  
\_\_\_\_ (aaaa)

PIS / PASEP:

PIS / PASEP:  
\_\_\_\_\_

Carteira Profissional - Série / Estado Emissor:

Carteira Profissional \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Estado Emissor \_\_\_\_\_

#### 2) Outras Informações

Exerce outro cargo / função em Empresa do Estado?\*

Sim Cargo / Função: \_\_\_\_\_  
Local: (Tabela 13) \_\_\_\_\_

Não

Exerce outro cargo / função em outros Órgãos ou Poderes?\*

Sim Cargo / Função: \_\_\_\_\_  
Local: (Tabela 16) \_\_\_\_\_

Não

Os campos marcados com \* são obrigatórios

### Termo de Responsabilidade

Declaro sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome ou Assinatura do Servidor, Empregado Público ou Militar