

## INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

### Dados do Funcionário

Matrícula:		Nome:	
Lotação:		Setor:	

### Endereço

*Tipo de Logradouro:		*Endereço:	
*Cidade:		UF:	
*Número:		*CEP:	
Complemento:		*Bairro:	
Telefone:		Celular:	
E-mail:			

\* Campos de Preenchimento Obrigatório

### Escolaridade

**Escola	**Curso	**Habilitação	**Data Inicial	**Data Final

\*\* Campos de Preenchimento Obrigatório (Se houver)

### Língua de Domínio

**Língua	**Fala	**Escrita	**Lê	**Entende

\*\* Campos de Preenchimento Obrigatório (Se houver)

### Informações Pessoais

*Raça:	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Parda
*Grupo Sanguíneo:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	*Fator RH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
*Meio de Transporte:	<input type="checkbox"/> Veículo próprio	<input type="checkbox"/> Veículo Emprestado	<input type="checkbox"/> Ônibus Urbano	<input type="checkbox"/> Ônibus Interurbano	<input type="checkbox"/> Outro
*Portador de deficiência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Tipo de Deficiência:	<input type="checkbox"/> Visão	<input type="checkbox"/> Fala	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Física Membro Sup.	<input type="checkbox"/> Física Membro Inf. <input type="checkbox"/> Mental

\* Campos de Preenchimento Obrigatório

### Outro Vínculo de Trabalho ou Cedência

**Órgão	**Esfera de adm.	**Carga Horária Semanal	**Jornada Diária	**É Cedência?	**É Prorrogação?

\*\* Campos de Preenchimento Obrigatório (Se houver)

## INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

### Cônjuge

É servidor municipal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome Cônjuge:	
-----------------------	------------------------------	------------------------------	---------------	--

### Dependentes

**Parentesco	**Nome	**Data de Nascimento	**Portador de Deficiência?	Visão	Fala	Auditiva	Física Membro Sup.	Física Membro Inf.	Mental

\*Renda Familiar:  Até 2 salários mín.  De 3 a 5 salários mín.  De 6 a 10 salários mín.  Acima de 10 salários mín.

\* Campos de Preenchimento Obrigatório / \*\* Campos de Preenchimento Obrigatório (Se houver)

### Informação sobre a casa própria

*Tipo Moradia:	<input type="checkbox"/> Própria quitada	<input type="checkbox"/> Própria financiada	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Mora com familiares	<input type="checkbox"/> Cedida
*Possui Lote/Terreno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	*Quer adquirir moradia própria?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

\* Campos de Preenchimento Obrigatório

### Assistência à saúde

*Contribui SERVIMED?	<input type="checkbox"/> Sim			
*Utiliza SERVIMED?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, todos os serviços	<input type="checkbox"/> Somente exames	<input type="checkbox"/> Somente médicos
*Outro convênio:	<input type="checkbox"/> CASEMS	<input type="checkbox"/> UNIMED	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Nenhum

\* Campos de Preenchimento Obrigatório

### Informação sobre cultura e lazer

*Atividade de lazer que costuma praticar:	<input type="checkbox"/> Passeio	<input type="checkbox"/> Visita a parque	<input type="checkbox"/> Cinema	<input type="checkbox"/> Outro(s)	*Faz Esporte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
*Esporte que pratica:	<input type="checkbox"/> Futebol	<input type="checkbox"/> Vôlei	<input type="checkbox"/> Corrida	<input type="checkbox"/> Ginástica	<input type="checkbox"/> Ciclismo	<input type="checkbox"/> Outro(s)	<input type="checkbox"/> Nenhum
*Esporte que gostaria de praticar:	<input type="checkbox"/> Futebol	<input type="checkbox"/> Vôlei	<input type="checkbox"/> Corrida	<input type="checkbox"/> Ginástica	<input type="checkbox"/> Ciclismo	<input type="checkbox"/> Outro(s)	<input type="checkbox"/> Nenhum

\* Campos de Preenchimento Obrigatório

Assinatura do Servidor

Chefe Imediato - CPF: \_\_\_\_\_