

## 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

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

Básico

Intermediário

Fluente

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

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