



Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Superintendência de Gestão de Pessoas

ALTERAÇÃO

MATRICULA:
ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

NOME:

CARGO:

DOTAÇÃO:

LOTAÇÃO:

*Preenchimento obrigatório da CHEFIA IMEDIATA - LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO		Nº
<input type="text"/>		<input type="text"/>
COMPLEMENTO	BAIRRO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EMAIL:		RAMAL:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
ESCALA DE TRABALHO (PLANTONISTA DESCREVER: TRABALHA 1 FOLGA 2, 24 x 120, 24 x 144, ENTRE OUTRAS):		
<input type="checkbox"/> DIARISTA <input type="checkbox"/> PLANTONISTA <input type="text"/>		

*Preenchimento obrigatório do FUNCIONÁRIO – DADOS PESSOAIS

DATA NASCIMENTO	PISPASEP	PISPASEP ANO	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL	CONJUGUE	CONJUGUE CPF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NATURALIDADE	UF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
GRAU DE INSTRUÇÃO	TIPO DE DEFICIENCIA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NOME MAE			
<input type="text"/>			
NOME PAI			
<input type="text"/>			
ENDEREÇO			Nº
<input type="text"/>			<input type="text"/>
QUADRA	LOTE	BLOCO	APARTAMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPLEMENTO		BAIRRO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CIDADE	UF	CEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RAMAL	RESIDENCIAL	CELULAR	COMERCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EMAIL			
<input type="text"/>			
RG Nº	RG EMISSAO	RG ORGAO	RG UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CNH Nº	CNH VALIDADE	CNH CATEGORIA	CNH EMISSAO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CTPS Nº	CTPS SERIE	CTPS UF	CTPS EXPEDIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TITULO DE ELEITOR Nº	TITULO DATA EXPEDIÇÃO	TITULO ZONA	TITULO SEÇÃO – UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSELHO PROFISSIONAL TIPO - UF	CONSELHO PROFISSIONAL Nº	CONSELHO PROFISSIO. EXPEDIÇÃO	CONSELHO PROFISSIONAL VALIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESERVISTA Nº	RESERVISTA SERIE	RESERVISTA CATEGORIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Angra dos Reis, _____ de _____ de 2019.

ASSINATURA DO SERVIDOR
Assinar

CHEFIA IMEDIATA
Assinatura/Carimbo/Matricula

ANEXAR FORMULÁRIO DE NADA CONSTA DO ESOCIAL E DOCUMENTAÇÃO COMPROBATORIA EM CASO DE ALTERAÇÃO NO CADASTRO