



Prefeitura do Município de Bertiooga

Estado de São Paulo

Estância Balneária

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Protocolo: _____

Identificação

Nome: _____ Sexo: _____
Matrícula: _____ Cargo: _____ Data Nasc.: _____
Naturalidade / UF: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Possui deficiência (S/N): _____ Qual deficiência? _____

Endereço

End: _____ N: _____
Bairro: _____ Complemento: _____ Cidade: _____
Cep: _____ / UF: _____ / Tel: _____ / Cel: _____
E-mail: _____

Documentos

CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ Dt Emissão: _____
Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Secção: _____ UF: _____ Pis/Pasep: _____
CTPS: _____ Série CTPS: _____ UF: _____ Dt Emissão CTPS: _____ Reservista nº: _____ Categoria: _____
Habilitação nº: _____ Categoria: _____ Dt Emissão: _____
Reg.Profissional nº: _____ Órgão de Classe: _____ Dt Emissão: _____

Outro Cargo

Cargo público? _____ Qual cargo? _____
Local cargo público: _____
Carga Horária (outro cargo): [] 24 hs [] 30 hs [] 36 hs [] 40 hs Tempo p/ averbar: _____

OBS: Se positivo, apresentar declaração de horário de trabalho.

Dependentes para Imposto de Renda (I.R.)

Table with 5 columns: Nome do Dependente, Data Nasc., Parentesco, CPF, Universitário? S/N

Dependentes e Agregados para o Plano de Saúde Ana Costa

Table with 3 columns: Nome do Dependente, Data Nasc., Parentesco

Declaro sob as penas da lei, que as pessoas acima relacionadas são meus dependentes e que sempre que houver alteração nesta declaração, eu informarei a Coordenação de Folha de Pagamento, não cabendo a V.S(Fonte Pagadora) nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.

Bertiooga, ____/____/____

Ass: _____

12/05/2017

SEÇÃO DE FOLHA DE PAGAMENTO (SFOP) - ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Matrícula nº: _____

Protocolo nº: _____

Data: ____/____/____