

FICHA DO COLABORADOR

Nome:		
Nome Social (quando aplicado):		
Gênero: () Feminino () Masculino		Data de Nascimento: ____/____/____
Função/Especialidade:	Jornada de Trabalho:	
Recolheu este ano a contribuição sindical: () Sim () Não		
Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela - oriental () Parda () Indígena () Mameluco - indígena e branca () Cafuzo - índio e negro () Mulato		
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável		
Local de Nascimento:		Nacionalidade:
Filiação PAI: _____ MÃE: _____		
Grau de Instrução: () 2º grau () Superior incompleto () Superior completo () Pós graduação incompleta () Pós-graduação completa () Residência Médica completo () Residência Médica incompleto () Mestrado completo () Mestrado incompleto () Doutorado		
Primeiro emprego: () Sim () Não		
Nº de cadastro no CNES:		
DADOS PARA CRACHÁ		
Nome para crachá: _____		
Opção de preenchimento: <ul style="list-style-type: none">• Primeiro nome e um sobrenome;• Nome Social (Identidade de Gênero) – quando for o caso.		
DOCUMENTOS		
RG/Órgão emissor:	Data de Expedição RG:	
CPF:	PIS/PASEP:	
CTPS – Carteira de Trabalho:	Série:	Expedição:
Registro Profissional N°: (APRESENTAR CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS E PROCESSO ÉTICO DO CONSELHO ONDE ESTÁ REGISTRADO E CÓPIA DA CARTEIRA PROFISSIONAL).		
Órgão Emissor (Conselho Profissional) / UF:		
Título de Eleitor: Zona: _____ Secção: _____		

Certificado de reservista n°:		Categoria:		
Certidão de Casamento – quando aplicado – Cartório:				
Livro:		Folha:		Termo:
DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA				
Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Sexo	CPF
*APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO DOS DEPENDENTES QUANDO APLICADO.				
Benefícios Previdenciários: () Aposentadoria por idade () Aposentadoria por invalidez () Aposentadoria por tempo de serviço/ contribuição () Pensão () Não recebo aposentadoria(s) e/ou pensão(ões) por morte de qualquer regime próprio de previdência social				
Valor R\$	Cargo/ Função no qual foi concedido o benefício		Entidade que fornece o benefício	
Declaro para devidos fins, serem verdadeiras as informações prestadas por mim neste formulário e estar ciente das penalidades cabíveis por declarações falsas: () Não sou aposentado por invalidez; () Possuo cadastramento profissional em acordo com a PORTARIA SAS/MS Nº 134, DE 4 DE ABRIL DE 2011.				
Comprometo-me a comunicar imediatamente à Gerência de Recursos Humanos do SSA – HMDCC quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional, bem como autorizá-la diligenciar a veracidade das informações prestadas.				
ENDEREÇO				
Rua/Av.:		Complemento:		
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:	
Telefone Principal: ()		Telefone alternativo: ()		
E-mail:				
DADOS BANCARIOS - BANCO DO BRASIL – SOMENTE CONTA CORRENTE				
O CANDIDATO QUE POSSUIR CONTA CORRENTE NO BANCO DO BRASIL DEVE APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO, OS DEMAIS RECEBERÃO UM ENCAMINHAMENTO PARA ABERTURA DE CONTA.				
Agência:		Conta:		

Preenchimento legível e sem rasuras.

Firmo sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Colaborador _____.