

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:		
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 _____.