



NOME											
CPF		NACIONALIDADE <input type="checkbox"/> BRASILEIRA <input type="checkbox"/> OUTRA									
NATURALIDADE					UF	DATA NASCIMENTO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
FILIAÇÃO – PAI											
FILIAÇÃO – MÃE											
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)											
CÔNJUGE/COMPANHEIRO							DT NASC				
CPF CÔNJUGE		<input type="checkbox"/> DESEJA DECLARÁ-LO NO IMPOSTO DE RENDA					DT VÍNCULO/ CASAMENTO				
ENDEREÇO								Nº:			
COMPLEMENTO					BAIRRO						
CEP		CIDADE					UF				
TELEFONE RESID	DD		TELEFONE RECADO	DD		TELEFONE CELULAR	DD				
E-MAIL											
RAÇA/COR:		<input type="checkbox"/> BRANCA		<input type="checkbox"/> PRETA		<input type="checkbox"/> PARDA		<input type="checkbox"/> AMARELA		<input type="checkbox"/> INDÍGENA	
DOADOR DE SANGUE		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TIPO DE SANGUE		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A-		<input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> O-		<input type="checkbox"/> NÃO DESEJO DECLARAR	
NECESSIDADES ESPECIAIS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TIPO:		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL		<input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL		<input type="checkbox"/> REABILITADO	
GRAU DE ESCOLARIDADE:		<input type="checkbox"/> ALFABETIZADO		<input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL		<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO		<input type="checkbox"/> ENSINO TÉCNICO			
		<input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR		<input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO		<input type="checkbox"/> MESTRADO		<input type="checkbox"/> DOUTORADO			
OBSERVAÇÃO: <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO											
CURSO					INSTITUIÇÃO			ANO DE CONCLUSÃO			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE		Nº			ÓRGÃO EMISSOR:				UF		
CARTEIRA DE TRABALHO		<input type="checkbox"/> DIGITAL <input type="checkbox"/> IMPRESSA		Nº		SÉRIE		UF			
TÍTULO DE ELEITOR Nº				ZONA		SEÇÃO		UF			
<input type="checkbox"/> PRIMEIRO EMPREGO (NÃO PREENCHER PIS/PASEP)				<input type="checkbox"/> PIS <input type="checkbox"/> PASEP		Nº					
HABILITAÇÃO Nº			CATEGORIA		DATA DE VENCIMENTO			UF			
RESERVISTA CDI / RA Nº			CATEGORIA		RM		CSM				
IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					ENTIDADE/CONSELHO						
Nº REGISTRO					DATA DE INSCRIÇÃO / EMIÇÃO / CADASTRO			UF			



DEPENDENTES										
1. NOME					PARENTESCO:			CPF:		
DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> DESEJA RECEBER SALÁRIO FAMÍLIA		<input type="checkbox"/> DESEJA DECLARÁ-LO NO IMPOSTO DE RENDA		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE INVÁLIDO		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO			
2. NOME					PARENTESCO:			CPF:		
DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> DESEJA RECEBER SALÁRIO FAMÍLIA		<input type="checkbox"/> DESEJA DECLARÁ-LO NO IMPOSTO DE RENDA		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE INVÁLIDO		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO			
3. NOME					PARENTESCO:			CPF:		
DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> DESEJA RECEBER SALÁRIO FAMÍLIA		<input type="checkbox"/> DESEJA DECLARÁ-LO NO IMPOSTO DE RENDA		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE INVÁLIDO		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO			
4. NOME					PARENTESCO:			CPF:		
DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> DESEJA RECEBER SALÁRIO FAMÍLIA		<input type="checkbox"/> DESEJA DECLARÁ-LO NO IMPOSTO DE RENDA		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE INVÁLIDO		<input type="checkbox"/> DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO			
ACUMULA CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					EFETIVO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			CEDIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
ÓRGÃO?	<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> AUTARQUIA/FUNDAÇÃO	<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> FEDERAL	MATRÍCULA/MASP:					
NOME DO ÓRGÃO					CARGO:					
HORAS SEMANAIS	HORÁRIO DE TRABALHO:		AS	OBSERVAÇÃO						
RECEBE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO OU BENEFÍCIO SIMILAR NO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA QUE ACUMULA LICITAMENTE:									<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<i>Em caso afirmativo - preencher "Termo de Opção" junto ao Balcão de Atendimento do RH</i>										
RECEBE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO:							
RECEBE APOSENTADORIA		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> IPSEMG <input type="checkbox"/> IPSERV <input type="checkbox"/> OUTROS	TIPO:						
TIPO DE RESIDÊNCIA: SE A RESIDÊNCIA FOR PRÓPRIA OU FINANCIADA, SUBTENDE-SE QUE A PESSOA POSSUI BEM A DECLARAR										
<input type="checkbox"/> PRÓPRIA SE FOR PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL – DECLARAR O BEM				<input type="checkbox"/> FINANCIADA – DECLARAR O BEM			<input type="checkbox"/> ALUGADA	<input type="checkbox"/> EMPRESTADA	<input type="checkbox"/> CEDIDA	
DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES: <input type="checkbox"/> NÃO POSSUO BENS				<input type="checkbox"/> POSSUO BENS E VALORES			CÓPIA DO IRPF OU CASO ISENTADO DO IRPF PREENCHER DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR ABAIXO			
FOI DEMITIDO NOS ÚLTIMOS 05(CINCO) ANOS DE CARGO PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
ESPECIFICAR O MOTIVO:										
FOI DEMITIDO "A BEM DO SERVIÇO PÚBLICO" OU POR INFRINGIR O ART. 168, I, IV, IX, XI E XII E DO ARTIGO 175, PARÁGRAFO ÚNICO, DA LEI COMPLEMENTAR N° 392, DE 17/12/2008? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR O MOTIVO:										
CUMPRE SANÇÃO POR INIDONEIDADE, APLICADA POR QUALQUER ÓRGÃO OU ENTIDADE PÚBLICA DA ESFERA FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR O MOTIVO:										
"DECLARO TER RECEBIDO NESTA DATA UM EXEMPLAR DO CÓDIGO DE ÉTICA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE UBERABA (LEI MUNICIPAL N. 12.827, DE 2018), COMPROMETENDO-ME A SEGUIR FIELMENTE SEUS PRECEITOS, SEMPRE PAUTANDO MINHA CONDUTA PROFISSIONAL COM BASE NA ÉTICA E NO INTERESSE PÚBLICO."										
As informações abaixo deverão ser preenchidas somente por servidores que exercerão CARGO EM COMISSÃO:										
POSSUI PARENTE(S) TRABALHANDO NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE UBERABA EXERCENDO CARGO EM COMISSÃO OU FUNÇÃO GRATIFICADA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
1 - NOME DO PARENTE					GRAU DE PARENTESCO			LOCAL		
2 - NOME DO PARENTE					GRAU DE PARENTESCO			LOCAL		
3 - NOME DO PARENTE					GRAU DE PARENTESCO			LOCAL		
4 - NOME DO PARENTE					GRAU DE PARENTESCO			LOCAL		
GRAU DE PARENTESCO: CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A), AVÔ(Ô), PAI OU MÃE, IRMÃO OU IRMÃ, FILHO(A), NETO(A), TIO(A), SOBRINHO(A), SOGRO(A), GENRO OU NORA, CUNHADO(A) / LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: PMU, CODAU, IPSERV, FCU, CODIUB, COHAGRA, AUT. UBERABÃO, CMU, FETI										
"Declaro para os devidos fins legais que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sujeitando-me às penalidades no Cód Penal Brasileiro."										
"Declaro, ainda, que a Prefeitura Municipal de Uberaba está autorizada a utilizar os dados declarados neste formulário para a atualização de matrículas existentes do Sistema de RH com meu CPF, sejam ativas ou inativas."										
UBERABA(MG), DE DE					ASSINATURA:					
OBS: - ASSINAR E DATAR SOMENTE NO ATO DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS - SE SOLTEIRO, ASSINAR O NOME CONFORME RG, SE CASADO ASSINAR O NOME CONFORME CERTIDÃO DE CASAMENTO.										