

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					
ENDEREÇO								Nº:				
COMPLEMENTO					BAIRRO							
CEP		CIDADE			UF							
TELEFONE RESID	DDD		TELEFONE RECADO	DDD		TELEFONE CELULAR	DDD					
EMAIL												
RAÇA/COR:	<input type="checkbox"/> BRANCA	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> NEGRA	<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/> PARDA (MORENO)		<input type="checkbox"/> NÃO DESEJO DECLARAR					
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 / EMISSÃO / 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	<input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/>		
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	<input type="checkbox"/>		
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"/> INSS	<input type="checkbox"/> IPSEMG	TIPO:						
		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IPSEMG	<input type="checkbox"/> OUTROS							
<b>TIPO DE RESIDÊNCIA: SE A RESIDÊNCIA FOR PRÓPRIA OU FINANCIADA, SUBTENDE-SE QUE A PESSOA POSSUI BEM A DECLARAR</b>											
<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						<b>CÓPIA DO IRPF OU CASO ISENTADO DO IRPF PREENCHER DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR ABAIXO</b>	
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:											
<b>"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."</b>											
<b>As informações abaixo deverão ser preenchidas somente por servidores que exercerão CARGO EM COMISSÃO:</b>											
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, IPSEMG, FCU, CODIUB, COHAGRA, AUT. UBERABÃO, CMU, FETI											
<b>"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."</b>											
<b>"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."</b>											
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.											