



## FICHA DE DADOS CADASTRAIS DO (A) SERVIDOR (A)

### DADOS PESSOAIS

Nome Completo (Sem abreviaturas)


Endereço Completo

Número

--	--	--	--

Bloco

Complemento

Caixa Postal

Bairro

--	--	--	--

Cidade

UF

CEP

			-
--	--	--	---

Telefone Residencial com DDD

Telefone Celular com DDD

( )	( )
-----	-----

Email Pessoal

--

Nome Completo da Mãe

Nacionalidade


Nome Completo do Pai

Nacionalidade


Data de Nascimento

Local de Nascimento

UF

/	/		
---	---	--	--

Nacionalidade

Data de Chegada do estrangeiro

Brasileiro Nato

Portugues com igualdade de direitos declarada

/ /

Brasileiro Naturalizado

Estrangeiro de nacionalidade:

Nacionalidade

Registro permanente no País

/ /

Sexo

Etnia

Feminino

Masculino

Indigena

Branca

Negra

Amarela

Parda

Estado Civil

Solteiro

Casado\*

União Estável\*

Separado

Divorciado

Viúvo

\* Cônjuge:

CPF:	Data de Nascimento: / /
------	-------------------------

### Características Físicas

Altura (m)

Peso (kg)

Cor dos Cabelos

Cor dos Olhos

Tipo Sanguineo

Fator RH

				<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
--	--	--	--	--	---

Pessoa com deficiência

Não  Sim

Tipo

Física

Auditiva

Visual

Mental

Intelectual

É pessoa com mobilidade Reduzida?

Não

Sim, temporária

Sim, permanente

**FICHA DE DADOS CADASTRAIS DO (A) SERVIDOR (A) - CONTINUAÇÃO**

**DOCUMENTOS PESSOAIS**

PIS / NIS / PASEP			CPF		
Certificado de reservista / militar	Número	Categoria	Região		
Documento de Identidade (RG)	Data de Expedição / /		Órgão expedidor	UF	
Carteira de trabalho	Série	Data de Expedição / /		UF	
Titulo de eleitor	Zona		Seção		
Carteira nacional de habilitação	Data de emissão / /	Data de validade / /		Categoria	
Nº do Cartão SUS	Data de emissão / /	Nº do Cartão Cidadão			
Nº da Conta Bancária	Dígito	Número da agência	Nome do Banco	<input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Conta Salário	

**Dependentes (É obrigatório o preenchimento da tabela de individualização de dependentes, um registro para cada um deles)**

Filhos de qualquer condição ou enteado, o adotivo e o menor, que esteja sob a guarda e o sustento do servidor.

Tem filho menor de 18 anos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?	Tem filho de 18 anos a 23 anos estudante, sem renda própria? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?
Tem filho inválido ou mentalmente incapaz, sem renda própria? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?	Outros dependentes para fins previdenciários
Tem filhos maiores de 18 anos que não são mais dependentes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?	Conjuge <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?
Há dependentes para dedução do IRPF? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?	Enteados <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?
	Menores Tutelados <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?
	Pais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?
	Irmãos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos?

**TABELA DE INDIVIDUALIZAÇÃO DE DEPENDENTES**

Nome do dependente nº _____		CPF
Grau de Parentesco		
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Enteadado <input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Outros:		
Data do casamento ou união estável: / /	Fins Previdenciários? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Data de nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Capacidade Civil <input type="checkbox"/> Capaz <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Interdido <input type="checkbox"/> Relativamente Capaz
Estado Civil		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desquitado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		
Nível de formação acadêmica do dependente:		
<input type="checkbox"/> Sem Escolaridade <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Médio técnico <input type="checkbox"/> Nível superior		





## FICHA DE DADOS CADASTRAIS DO (A) SERVIDOR (A) - CONTINUAÇÃO

Exerce emprego em empresa privada?

Não

Sim

Nome da empresa:

Endereço da empresa

Número

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone com DDD

Horário de Trabalho

(    )

Entrada:

:

Saída

:

### FORMAÇÃO ACADÊMICA COMPROVADA

Título averbado junto aos assentamentos funcionais?

Não

Sim

Sem escolaridade

Ensino Fundamental Completo

Pós-Graduação: Especialização

Alfabetizado

Ensino Médio Completo

Pós-Graduação: Residência

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Médio Técnico Completo

Curso complementar de Formação Profissional contido no requisito formal do Cargo ou da Especialidade

Até 5º ano incompleto

Ensino Superior Completo

5º ano completo

Graduação de curta duração

6º ao 9º ano incompleto

Graduação de duração plena

Nome da Instituição

UF

Área do curso

Especialidade do curso

Data de início

Data de término

/ /

/ /

Registro principal no conselho de classe

Data de expedição

Número de Registro

/ /

Segundo registro em conselho de classe

Data de expedição

Número de Registro

/ /

### FORMAÇÃO ACADÊMICA ATUAL

É a mesma já informada no campo "Formação Comprovada"?

Não

Sim

Título averbado junto aos assentamentos funcionais?

Não

Sim

Sem escolaridade

Ensino Médio Completo

Pós-Graduação: Aperfeiçoamento

Alfabetizado

Ensino Médio Técnico Completo

Pós-Graduação: Especialização

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Superior Completo

Pós-Graduação: Residência

Até 5º ano incompleto

Graduação de curta duração

Pós-Graduação: MBA

5º ano completo

Graduação de duração plena

Pós-Graduação: Mestrado

6º ao 9º ano incompleto

Curso complementar de Formação Profissional contido no requisito formal do Cargo / Especialidade

Pós-Graduação: Doutorado

Ensino Fundamental Completo

Pós-Graduação: Pós-Doutorado

Nome da Instituição

UF

Área do curso

Especialidade do curso

## FICHA DE DADOS CADASTRAIS DO (A) SERVIDOR (A) - CONTINUAÇÃO

### CONHECIMENTO DE OUTRO IDIOMA

Tem conhecimento em outro idioma?

Não  Sim

Indique aqueles que têm conhecimento?

Inglês  Espanhol  Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)  
 Outro:  Outro:

### CONHECIMENTO EM INFORMÁTICA

Tem conhecimento em informática?

Não  Sim

Indique as áreas em que têm conhecimento

Sistemas Operacionais  Sistemas Oficiais  Internet/Intranet  
 Sistemas Corporativos  Programas e Aplicativos  Correio Eletrônico  
 Redes de Dados  Manutenção de Hardware

### SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Data do Teste Psicológico Admissional

/ /

Data do Exame Psicológico Admissional

/ /

Data do Exame de Saúde Admissional

/ /

Já apresentou alguma doença ou outro agravo relacionado ao trabalho?

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Já foi indicada alguma limitação decorrente de doença, acidente ou outro agravo?

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Já foi reabilitado (a) em processo de saúde de alguma limitação decorrente de doença, acidente ou outro agravo?

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Já foi readaptado (a) por limitação permanente?

Não  Sim

Para qual cargo e especialidade?

Ano

Já sofreu algum tipo de acidente de trabalho?

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Foi vítima de algum acidente de trajeto (caminho ou retorno do trabalho)?

Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

**DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE E COMPROMETO-ME A APRESENTAR TODOS OS DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM AS INFORMAÇÕES.**

Data

/ /

Assinatura



Prefeitura Municipal de Hortolândia

Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG. nº. \_\_\_\_\_, declaro, para fins admissionais que não exerço outro cargo, emprego ou função remunerada na Administração Direta, bem como em autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedade controlada, direta ou indiretamente pelo poder público, conforme vedação expressa prevista no artigo 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal; e do artigo 74, da Lei Municipal nº 2004, de 07 de fevereiro de 2008.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Município de Hortolândia - CNPJ 67.995.027/0001-32**  
**Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal - Departamento de Gestão de Pessoal**

Rua Argolino de Moraes, nº 405 | Bairro: Vila São Francisco | Hortolândia-SP | CEP: 13184-230.

Tel.: 19 3965-1423 - [www.hortolandia.sp.gov.br](http://www.hortolandia.sp.gov.br) Página &[Página] de &[Páginas]



Prefeitura Municipal de Hortolândia

Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## DECLARAÇÃO DE APOSENTADORIA

Eu \_\_\_\_\_, portador (a) do RG. n°. \_\_\_\_\_, declaro, para fins admissionais, que não recebo proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 (servidores civis), do art. 42 (servidores militares dos Estados, Distrito Federal e Territórios) e do art.142 (servidores militares das Forças Armadas), da Constituição Federal, conforme vedação expressa prevista no art. 37, § 10, da Constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional n° 20, de 15 de dezembro de 1998.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura





Prefeitura Municipal de Hortolândia

Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## DECLARAÇÃO DE NÃO CONDENAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG. nº. \_\_\_\_\_, declaro, para fins admissionais que estou ciente e de acordo quanto as vedações impostas pela Lei nº 3.862, de 01 de setembro de 2021 quanto a nomeação pela Administração Pública Direta e Indireta de Hortolândia de pessoas condenadas pelas Leis Federais abaixo relacionadas:

- Lei nº 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Lei Federal nº 10.741/2003, Estatuto do Idoso;
- Lei Federal 11.340/2006, Lei Maria da Penha;
- Lei Federal nº 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Declaro estar ciente de que a vedação inicia-se com a promulgação da decisão judicial condenatória em segunda instância.

Declaro estar ciente de que finda-se a vedação decorridos dois anos do dia em que for extinta, de qualquer modo a pena, ou terminada a sua execução.

Declaro não possuir nenhuma das condenações aqui mencionadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Município de Hortolândia - CNPJ 67.995.027/0001-32**  
**Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal - Departamento de Gestão de Pessoal**

Rua Argolino de Moraes, nº 405 | Bairro: Vila São Francisco | Hortolândia-SP | CEP: 13184-230.

Tel.: 19 3965-1423 - [www.hortolandia.sp.gov.br](http://www.hortolandia.sp.gov.br) Página &[Página] de &[Páginas]



Prefeitura Municipal de Hortolândia

Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## DECLARAÇÃO DE PARENTES

### Investidos em cargos públicos do Município de Hortolândia

Eu \_\_\_\_\_, identificado (a) pela Cédula de Identidade/RG nº \_\_\_\_\_ e portador (a) do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, filho (a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_ residente e domiciliado (a) à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estado de São Paulo, investido em cargo ou função de confiança do Município de Hortolândia, DECLARO para os devidos fins e efeitos legais que:

- NÃO POSSUO** parentes em linha reta<sup>1</sup> ou colateral<sup>2</sup>, até o terceiro grau, ou por afinidade<sup>3</sup>, até o terceiro grau do Prefeito, do Vice-Prefeito ou dos servidores investidos em cargos públicos do Município de Hortolândia.
- POSSUO** parente (s) em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, ou por afinidade, até o terceiro grau, investido(s) em cargo(s) público(s) do Município de Hortolândia, conforme abaixo relacionado(s):

Nome	Grau de Parentesco	Efetivo	Temporário	Comissão
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por ser verdadeira, firmo a presente declaração, ciente que a omissão ou prestação de informações inverídicas, constitui, em tese, crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

1 Parente em linha reta: Bisavós, Avós, Pai, Mãe, Cônjuge, Companheiro, Sogros, Filhos, Netos e Bisnetos.

2 Parente colateral: Tios, Irmãos, Cunhados e Sobrinhos.

3 Parente por afinidade (familiares do cônjuge): Padrasto, Madrasta, Enteados, Genro, Nora, Avós, Cunhados e Conunhados.

**Município de Hortolândia - CNPJ 67.995.027/0001-32**

**Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal - Departamento de Gestão de Pessoal**

Rua Argolino de Moraes, nº 405 | Bairro: Vila São Francisco | Hortolândia-SP | CEP: 13184-230.

Tel.: 19 3965-1423 - [www.hortolandia.sp.gov.br](http://www.hortolandia.sp.gov.br)



Prefeitura Municipal de Hortolândia  
Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## **TERMO DE CIÊNCIA** **ANÁLISE DE TÍTULOS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, nomeada para o cargo de \_\_\_\_\_, declaro estar ciente que será verificada a veracidade dos documentos e títulos que apresentei para cumprimento dos requisitos de ingresso.

Caso seja detectada a inexatidão, resultará na exoneração do cargo.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



Prefeitura Municipal de Hortolândia  
Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoal

## **TERMO DE CIÊNCIA** **ESTÁGIO PROBATÓRIO**

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, contratado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo Município de Hortolândia, para o cargo \_\_\_\_\_ especialidade \_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que **durante 36 (trinta e seis) meses cumprirei o estágio probatório** previsto na Constituição Federal em seu Artigo 41 e seus parágrafos, bem como na Lei Municipal 2004/2008 (Estatuto do Servidor) e Decreto Municipal 2697/2012.

Declaro, ainda, estar ciente, *principalmente*, de que, conforme Artigo 4º, Parágrafo Único do Decreto 2697/2012, **não poderei exceder o limite de duas faltas injustificadas por período de avaliação, sob pena de exoneração.**

**Art. 4º...**

**Parágrafo único.** *Ultrapassado o limite de 02 (duas) faltas injustificadas consecutivas ou não, em cada período de avaliação, o servidor será exonerado após a avaliação da Comissão Permanente de Avaliação Probatória, que se realizará nos meses fixados pelo artigo 19 "caput", observados o direito à ampla defesa e ao contraditório, em conformidade com os prazos contidos no artigo 18 e parágrafos.*

Para finalizar, declaro estar ciente de que as legislações municipais existentes sobre seu período de estágio probatório estarão à sua disposição nos sites <http://www2.hortolandia.sp.gov.br/secretarias/gestao-de-pessoal/item/4550-estatuto-do-servidor> e [www.cmh.sp.gov.br](http://www.cmh.sp.gov.br) (pesquisar em legislação municipal) e que dúvidas poderão ser sanadas junto à EGPH/Setor de Avaliação de Desempenho e Estágio Probatório.

Hortolândia/SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura