



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) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL													
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				TELEFONE RECADO				TELEFONE CELULAR					
E-MAIL													
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 DECLARA-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 DECLARA-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 DECLARA-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 DECLARA-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:		A	S	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	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	TIPO:						
RECEBE APOSENTADORIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	TIPO:						
TIPO DE RESIDÊNCIA: SE A RESIDÊNCIA FOR PRÓPRIA OU FINANCIADA, SUBENTENDE-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 - DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR ABAIXO OU CÓPIA O IRRF									
									R\$
									R\$
									R\$
									R\$
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(Ó), PAI OU MÃE, 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 Código 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),					ASSINATURA:				
DE					DE				
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.									