



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE ADMISSÃO E MOVIMENTAÇÃO

FICHA DE CADASTRO – CARGO TEMPORÁRIO

OBSERVAÇÕES:

Preencher SOMENTE se não receber por e-mail após preenchimento dos dados no Google Forms

- TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO EXIGIDAS E AUDITADAS PELO TCDF - TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL;

- PREENCHER EM LETRA DE FORMA LEGÍVEL;

- NÃO PODE CONTER RASURAS;

1. DADOS PESSOAIS

Nome:				
Data de Nascimento:	Sexo: () M () F	Tipo Sanguíneo:	É doador de sangue () Sim () Não	
Portador de Necessidades Especiais: () Sim () Não		Tipo: () Mental () Física () Auditiva () Visual () Outras		
O candidato se auto declara: () Indígena 0 () Branco 2 () Negro 4 () Amarelo 6 () Pardo 8				
Nacionalidade:		País de Origem:	Ano de Chegada:	
Naturalidade:		UF:	Estado Civil:	
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Nome do Cônjuge:				
Endereço Residencial:				
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone fixo:	Celular:
E-mail:				

1.1. DOCUMENTAÇÃO

Identidade Nº:		Órgão Expedidor/UF:		Data:	
CPF:			Carteira de Estrangeiro:		
PIS/PASEP:		Data do PIS/PASEP:			
Título Eleitor:	Dt. Emis:	Zona:	Seção:	Município:	UF:
Certif. Militar:	Força: () EXE () MAR () AER	Ano/Expedição:		UF:	
Número da Conta Bancária no BRB (Ag. e C/C): ____/____ - ____					

1.2. ESCOLARIDADE

Grau de Instrução:	Curso:
--------------------	--------

2. SITUAÇÃO FUNCIONAL (a exercer)

2.1. CARGO:		DODF Nº:	Data DODF:
Classificação:	Obs.:		

3. DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO EM CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

EXERCE OU DETÉM OUTRO CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA?

() SIM () NÃO

3.1. APOSENTADORIA, PENSÃO OU REFORMA

RECEBE PROVENTOS DE APOSENTADORIA, PENSÃO OU REFORMA?

() SIM () NÃO

4. DECLARAÇÃO DE LICENÇAS – De acordo com a LC 840/11 art. 17 § 2º o prazo para a posse poderá ser prorrogado para ter início após o término das licenças ou afastamentos seguintes.

Você se encontra em gozo ou está afastado por algumas das licenças abaixo relacionadas:

() licença médica ou odontológica;

() licença maternidade;

() licença paternidade;

() licença para o serviço militar.

Período: _____

() Nenhum.

Estou ciente dos requisitos do edital normativo e em conformidade com os mesmos.

Estou ciente de que a inveracidade nas informações prestadas acima implicará na abertura de SINDICÂNCIA conforme art. 10, nos termos da lei nº 4.266 de 11 dezembro de 2008, alterada pela lei nº 5.240 de 16 de dezembro de 2013 e a Lei Federal nº 8.745/93, que dispõe sobre contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público.

Brasília, ____ de ____ de 2020.

Assinatura do candidato