



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
Rua Sólon de Lucena nº. 10 – Centro
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO I - DO EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA 0001/2021
RECADASTRAMENTO DOS SERVIDORES EFETIVOS 2021
RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

DOCUMENTOS SOLICITADOS	DOCUMENTO APRESENTADO
Certidão de Casamento ou Nascimento (se solteiro).	
RG	
CPF (cadastro de Pessoa Física).	
Título de Eleitor.	
Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS.	
Carteira de registro no conselho profissional.	
Carteira Nacional de Habilitação atualizada (para os titulares dos cargos de: Motorista, Condutor Socorrista, Operador de Máquinas Pesadas e Tratorista).	
Comprovante de Residência emitido com menos de 90 dias.	
Declaração de União Estável reconhecida em Cartório (caso não seja casado civilmente e mantenha vínculo familiar com companheiro(a)).	
Certidão de Óbito do cônjuge ou companheiro falecido (para servidor(a) viúvo(a)) acompanhado de CPF.	
Contracheques (referente aos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021)	
Xerox do cartão do banco	

DEPENDENTES DOS SERVIDORES EFETIVOS ATIVOS (filhos, cônjuge, companheiros, sob guarda, tutela ou curatela) DOCUMENTOS SOLICITADOS	DOCUMENTO APRESENTADO
CPF	
Certidão de Nascimento.	
Certificado de última escolaridade.	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ**

CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO – ANEXO II

SITUAÇÃO

- () ATIVO
() CONTRATADO
() COMISSIONADO

ÓRGÃO VINCULADO

- () SEC. EDUCAÇÃO () SEC. ADMINISTRAÇÃO () SEC. AGRICULTURA
() SEC. CULTURA, DESP. TURISMO () SEC. FINANÇAS () SEC. SAÚDE
() SEC. DES. SOCIAL () SEC. INFRAESTRUTURA () OUTRO: _____

Matrícula	Nome	Apelido

Dt. Nascimento	Sexo	Nacionalidade	Naturalidade

Grau de Instrução	Estado Civil

Nome do Pai

Nome da Mãe

Rua	Bairro

Complemento	CEP	Cidade	UF	Telefone

Identidade				Carteira Profissional			
Número	Órgão Expedidor	UF	Dt. Expedição	Número	Série	Dt. Expedição	UF

Título Eleitoral				CPF	Num. Reservista	Pis/Pasep
Número	Zona	Seção	UF Título			

Secretaria de Lotação	Unidade de Trabalho	Salário	Gratificação

Dt. Admissão	Cargo	Função	Carga Horária

Regime de Previdência	Regime de Trabalho	Situação Funcional

Nível Funcional	Forma de Ingresso	Portaria de Nomeação	Dt. Port. Nomeação

Tempo de Serv. Anterior a Admissão no Ente	Órgão Empregador	Cargo Exercido	Público/Privado	RGPS/RPPS

Portador de Deficiência?	Qual?



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
Rua Sólon de Lucena nº. 10 – Centro
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO III- DO EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA 0001/2021
RECADASTRAMENTO DOS SERVIDORES EFETIVOS 2021
RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME: _____

CARGO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

CARGA HORÁRIA: _____ Dedicção Exclusiva: () SIM () NÃO

(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o profissional de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)

DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante ao MUNICÍPIO DE BREJO DO CRUZ/PB, que:

() **NÃO ocupo** outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL e, ainda, no setor PRIVADO.

() **NÃO participo** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, X da Lei nº 8.112/90.

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privada de:

Cargo: _____

Nome da Entidade: _____

Órgão: () Municipal () Estadual () Federal () Privado

Área de Atuação (exceto privado): () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico

Carga Horária Semanal: _____ Data do Ingresso: ____/____/____.

Cargo _____

Nome da Entidade: _____

Órgão: () Municipal () Estadual () Federal () Privado

Área de Atuação (exceto privado): () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico

Carga Horária Semanal: _____ Data do Ingresso: ____/____/____.

Cargo _____

Nome da Entidade: _____

Órgão: () Municipal () Estadual () Federal () Privado

Área de Atuação (exceto privado): () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico

Carga Horária Semanal: _____ Data do Ingresso: ____/____/____.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ
Rua Sólon de Lucena nº. 10 – Centro
CNPJ – 08.767.154/0001-15
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

() **PERCEBO** aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria: _____

Nome da Entidade _____

Órgão: () Municipal () Estadual () Federal () Privado

Unidade Federativa: _____ Data de Vigência da Aposentadoria: ____/____/____.

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado;

DECLARO estar ciente de que declarar falsamente é crime previsto em lei penal e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento. (Art. 299 do Código Penal – Decreto Lei 2848/40).

Disto, declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras, pelas quais assumo plena e total responsabilidade, comprometendo-me a comunicar imediatamente à Administração Pública desta municipalidade quaisquer alterações posteriores em minha situação funcional, bem como autorizá-la a diligenciar quanto à veracidade das informações ora prestadas.

BREJO DO CRUZ/PB, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE