



DADOS PESSOAIS

01 - NOME:						02 - MASP:	
03 - NOME DO PAI:				04 - NOME DA MÃE:			
05 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AV., PRAÇA):						06 - NÚMERO:	07 - COMPLEMENTO:
08 - BAIRRO:			09 - CIDADE:			10 - UF:	11 - CEP:
12 - TELEFONE RESIDENCIAL:		13 - TELEFONE COMERCIAL:		14 - CELULAR:		15 - DATA DE NASCIMENTO:	
16 - NATURALIDADE/UF:		17 - NACIONALIDADE:		18 - NATURALIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		19 - ANO CHEGADA NO BRASIL:	
20 - SEXO:		21 - ESTADO CIVIL:		22 - PIS/PASEP:		28 - Foto 3X4:	
23 - CART. IDENTIDADE:		24 - DATA DE EMISSÃO:		25 - ÓRGÃO EMISSOR/UF:		26 - FATOR SANGUÍNEO:	
27 - CPF:		29 - DATA 1º EMPREGO:		30 - TÍTULO DE ELEITOR/UF:		31 - ZONA:	
32 - SEÇÃO:		33 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE:		34 - CERT. DE RESERVISTA:		35 - E-MAIL:	
36 - BANCO:		37 - AGÊNCIA:		38 - CONTA CORRENTE:			

DADOS FUNCIONAIS

39 - SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO CARGO EFETIVO <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO CARGO COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO CARGO COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO FUNÇÃO GRATIFICADA							
<input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO FUNÇÃO PÚBLICA <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO (LEI 18.185) <input type="checkbox"/> DISPOSIÇÃO							
40 - DATA DE PUBLICAÇÃO:		41 - DATA DE PRORROGAÇÃO DE POSSE:		42 - DATA DE POSSE:		43 - DATA DE EXERCÍCIO:	
44 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:				45 - CARGA HORÁRIA:		46 - SIGLA DO ÓRGÃO / ENTIDADE:	
47 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:				48 - VÍNCULO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> FUNC. PÚB. <input type="checkbox"/> REC. AMPLO <input type="checkbox"/> DESIG. <input type="checkbox"/> CONT. ADM.			
49 - DESCRIÇÃO CARGO EFETIVO / FUNÇÃO PÚBLICA / DESIGNADO / CONTRATO:				50 - NÍVEL/GRAU:		51 - SÍMBOLO VENCIMENTO:	
52 - DESCRIÇÃO CARGO EM COMISSÃO / FUNÇÃO GRATIFICADA:				53 - RECRUTAMENTO: <input type="checkbox"/> AMPLO <input type="checkbox"/> LIMITADO		54 - CÓDIGO:	
				55 - SÍMBOLO:			

DECLARAÇÕES

56 - Assistência à saúde do IPSEMG:
 Sim Não (Se não, preencher o Formulário de Exclusão de IPSEMG)

57 - ACÚMULO DE CARGOS:
Servidor exerce outro Cargo, Emprego ou Função Pública, no Estado, na União, no Município ou no Distrito Federal, incluindo suas autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público, ou recebe proventos de aposentadoria proveniente de vínculo com alguma dessas instituições:
 Sim. Nome do Cargo/Emprego/Função: _____ Órgão/Entidade: _____
 Não

58 - DECLARAÇÃO DE PARENTES:
Você tem parentes no serviço público estadual detentores de cargo ou empregos em comissão, função gratificada ou que seja agente político?
 Sim Não
Agente político estadual: conselheiro do Tribunal de Contas do Estado, Deputado Estadual, Magistrado Estadual ou membro do Ministério Público Estadual.
Parentes até terceiro grau: pai, mãe, avó, avô, bisavô, bisavô, sogro, sogra, padrasto, madrastra, cônjuge, companheiro, companheira, irmão, irmã, cunhado, cunhada, filho, filha, neto, neta, bisneto, bisneta, genro, nora, enteado, tio, tia, sobrinho, sobrinha.
Em caso afirmativo, qual é o grau de parentesco: _____
Nome completo do parente: _____
MASP do parente: _____
Nome do cargo comissionado ou da função exercida pelo parente: _____
Órgão/entidade de exercício do parente: _____
Parente é servidor efetivo? Sim Não Parente é agente político? Sim Não

59 - DECLARAÇÃO (conforme Decreto nº 45.604, de 18/05/2011):
Declaro ter pleno conhecimento do disposto nos arts. 23, § 2º, 90, parágrafo único, e 93, § 4º, todos da Constituição do Estado de Minas Gerais, no art. 1º da Lei Complementar Federal nº 64, de 1990, alterada pela Lei Complementar Federal nº 135, de 2010, e no Decreto nº 45.604, de 18 de maio de 2011. Diante disso, declaro não incorrer em nenhuma das hipóteses de impedimento para nomeação, designação ou contratação, a título comissionado, para o exercício de funções, cargos e empregos na administração pública direta e indireta do Poder Executivo, estipuladas no mencionado Decreto. Assumo, ainda, o compromisso de comunicar ao superior hierárquico eventual impedimento superveniente previsto no referido Decreto.
Belo Horizonte, ____ de ____ de 20 ____
Assinatura do declarante: _____
Belo Horizonte, ____ de ____ de 20 ____
Assinatura do titular ou representante da unidade de Recursos Humanos: _____