



MUNICÍPIO DE TEIXEIRA SOARES
ESTADO DO PARANÁ

Rua XV de Novembro, 135 – Centro – Fone / Fax: (42) 3460-1155
CEP: 84.530-000 – CNPJ: 75.963.850/0001-94

prefeito@teixeirasoares.pr.gov.br - www.teixeirasoares.pr.gov.br

GABINETE DO PREFEITO

DECRETO MUNICIPAL Nº 1.726, DE 28 DE JULHO DE 2023.

ANEXO I – ATIVO

DADOS PESSOAIS

Nome Completo:							
Nome da Mãe:							
E-mail:							
Telefone:							
Matrícula:				Data de nascimento:			
Sexo:	Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Estado Civil		
Possui deficiência:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	
Qual?					Divorciado	<input type="checkbox"/>	
					Solteiro	<input type="checkbox"/>	
					União Estável	<input type="checkbox"/>	
					Viúvo	<input type="checkbox"/>	
CPF:							
Identidade:				Órgão Expedidor:			
Órgão de classe:				Nº Registro:			
Nº título de Eleitor / Zona:							
PIS/PASEP/NIT:							
Nacionalidade:							
Naturalidade:							
Endereço:	Rua:					Nº:	
Complemento:							
Bairro:							
CEP:				UF:			
Cidade:							
DADOS LABORAIS							
Órgão:							
Lotação:							
Data de Admissão:							
Cargo:							
Carga horária de trabalho Semanal:							
Escolaridade:							
Formação:							
Professor informar se Regência de Classe e apresentar Certidão:							



MUNICÍPIO DE TEIXEIRA SOARES
ESTADO DO PARANÁ

Rua XV de Novembro, 135 – Centro – Fone / Fax: (42) 3460-1155
CEP: 84.530-000 – CNPJ: 75.963.850/0001-94

prefeito@teixeirasoares.pr.gov.br - www.teixeirasoares.pr.gov.br

GABINETE DO PREFEITO

Docência:				Extra docência:			
TEMPOS ANTERIORES AO CONCURSO							
Contribuição para o INSS:		Sim		Não			
Se sim, preencher os dados laborais em empresas da iniciativa privada antes de se tornar servidor:							
Empresa	Início	Término	Função	Total em dias	Condição especial (**)		
Contribuição para Estado/União ou outro Município:				Sim		Não	
Se sim, preencher os dados laborais em outros órgãos públicos antes de se tornar servidor:							
Órgão	Início	Término	Função	Total em dias	INSS (*)	Condição especial (**)	
* Atenção: Assinale está coluna com um X caso você saiba se neste órgão público sua contribuição também tenha sido para o INSS							
** Assinale, caso você saiba, se a atividade exercida preenche os requisitos para aposentadoria especial (condições de periculosidade ou insalubridade).							
Tempo(s) averbado(s)?		Sim		Não			
DECLARO, SOB AS PENAS DO ART. 299, DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS REPRESENTAM A EXPRESSÃO DA VERDADE.							
Teixeira Soares/PR, / /				Assinatura do Servidor			