



DADOS FUNCIONAIS

RF: 4626435

CL: 01

Nome: SEBASTIAO SILVA DE SOUZA

DADOS PESSOAIS

Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO

Atualiz. Mãe: _____

Nome do Pai: BENEDICTO SILVA DE SOUZA

Atualiz. Pai: _____

Sexo: M

Data de Nascimento: 07/11/1933

Nacionalidade: BRASILEIRA

Atualiz. Sexo: _____

Data de Nascimento: _____

Nacionalidade: _____

U.F. Nascimento: SP

Natural de: SAO PAULO

Estado Civil: VIUVO

Atualiz. U.F. Nascimento: _____

Natural de: _____

Estado Civil: _____

C.P.F.: 497.510.698-15

Atualiz. C.P.F.: _____

R.G.: Número: 25747010

Atualiz. R.G. Número: _____

Órgão Emissor: _____

U.F. Órgão Emissor: _____

Título Eleitoral: Número: _____

Zona: _____

Seção: _____

DADOS DE ENDEREÇO

Tipo: R

Logradouro: Felipe Cardoso de Campos

Atualiz. Tipo: _____

Logradouro: _____

Número: 348

Complemento: CASA 1

Cep: 05207-090

Atualiz. Número: _____

Complemento: _____

Cep: _____

Bairro: Vila Caiúba

U.F.: SP

Município: São Paulo

Atualiz. Bairro: _____

U.F.: _____

Município: _____

Telefone Res/Contato: DDD: _____

Número: _____

Ramal: _____

Atualiz. Telefone: Res/Contato: DDD: _____

Número: _____

Ramal: _____

Celular: DDD: 11

Número: 7519-2206

Email: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

Possui Outro Vínculo Público?: () (S/N)

Se SIM; Onde?:

() PMSP Direta

() PMSP Indireta Qual Autarquia/Fundação?:

Outros Municípios (); Qual?:

Estado (); Qual Órgão e Estado?:

() Na Federação

DECLARAÇÃO: Declaro, sob responsabilidade civil e penal, que as informações acima são verdadeiras e que estou ciente que a falsidade dessa declaração implicará na pena prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além das sanções civis e administrativas cabíveis.

_____, _____ de _____ de _____
(local, data, mês e ano)

Ass: _____

ATENÇÃO: Reconhecer por autenticidade em cartório SOMENTE no mês do aniversário

polegar direito

CMQ-555-01-00242

REMETENTE:

FORMULARIO DE RECADASTRAMENTO

SÃO PAULO
PRÉFEITURA DE



**SECRETARIA DE PLANEJAMENTO,
ORÇAMENTO E GESTÃO**



05207-090 São Paulo - SP

176 - 002933

1. Verificar se os dados no formulário estão corretos. **Em caso positivo**, proceder de acordo com as opções abaixo:
 - a) **SE FOR ENTREGAR O FORMULÁRIO PESSOALMENTE**, compareça na Secretaria em que trabalhava, no mês do seu aniversário; (Caso seja necessário, consulte o endereço da sua unidade no site: www.prefeitura.sp.gov.br/urhs) **OU**
 - b) **SE FOR ENVIAR O FORMULÁRIO PELO CORREIO**, reconhecer assinatura (no campo **DECLARAÇÃO**) por **AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO SOMENTE no mês do aniversário**, envelopando-o e encaminhando pelos Correios para o remetente, com aviso de recebimento (que será seu comprovante de cadastramento).
2. Caso constatada incorreção em algum dado, atualizá-la e seguir os procedimentos do item 1, apresentando:
 - a) documento original, **SE** a opção escolhida for a do item 1.a; **OU**
 - b) xerox simples (sem autenticação) dos documentos comprobatórios da alteração, anexando-as, **SE** a opção escolhida for a do item 1.b.
3. Na impossibilidade de locomoção do servidor aposentado, **residente na cidade de São Paulo**, por **MOTIVO DE DOENÇA**, o cadastramento deverá ser realizado por meio de PROCURADOR ou CURADOR, sendo que a Secretaria na qual o servidor trabalhava realizará **VISITA DOMICILIAR** no prazo de 90 dias para validar o cadastramento. Para os residentes fora da cidade de São Paulo, além do procurador ou curador, será necessário atestado médico recente de instituição de saúde pública.