

BOLETIM DE INVESTIDURA

DECRETO "P" Nº	PUBLICAÇÃO	PROCESSO ORIGINAL	CLASSIFICAÇÃO	ÓRGÃO
CARGO				NÚMERO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> * Candidato beneficiado pela Lei nº 2.111/1994 (PcD)		<input type="checkbox"/> ** Candidato beneficiado pela Lei nº 5.695/2014 (NI)		

NOME DO CANDIDATO _____ CPF _____
NOME SOCIAL _____

PREENCHIMENTO PELO CANDIDATO

1- Nos últimos cinco anos, foi demitido, teve contrato de trabalho rescindido por justa causa ou teve aposentadoria cassada por danos ao serviço público no âmbito do MRJ? Conforme art. 1º Decreto nº 17.930/1999. SIM () NÃO ()
2- Declaro SIM () NÃO () deter outro(s) cargo(s), emprego(s) ou função(ões) em órgão(s) da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação mantida pelo Poder Público.
3- Declaro SIM () NÃO () ocupar cargo público militar do Ministério da Defesa, Comando da Aeronáutica (), do Exército (), da Marinha (), da Polícia Militar (), do Corpo de Bombeiros (). Em caso positivo, OFICIAR ao respectivo Comando Militar

4- Informe sua situação antes da posse neste cargo efetivo:
() Situação 1 – Já era servidor público de cargo efetivo sem interrupção de tempo de serviço.
() Situação 2 – Não era servidor público ou era, mas teve interrupção no tempo de serviço imediatamente anterior a atual posse
5- Caso tenha marcado a "Situação 1", informe seu enquadramento:
() Enquadramento 1 – Esta nova posse é com acumulação do cargo efetivo anterior.
() Enquadramento 2 – A posse no cargo efetivo anterior foi posterior ao início do funcionamento do CARIOCAPREV.
() Enquadramento 3 – Sou servidor oriundo de outro ente federativo onde eu estava submetido ao Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos.
() Enquadramento 4 – Não me enquadrando em nenhum dos itens anteriores e apresento a seguir as informações relativas ao(s) meu(s) cargo(s) efetivo(s) anterior(es):

Cargo Efetivo 1:	Órgão / Entidade:	
Ente Federativo:	Data da Posse: ____/____/____	Data da Exoneração: ____/____/____
Cargo Efetivo 2:	Órgão / Entidade:	
Ente Federativo:	Data da Posse: ____/____/____	Data da Exoneração: ____/____/____
Cargo Efetivo 3:	Órgão / Entidade:	
Ente Federativo:	Data da Posse: ____/____/____	Data da Exoneração: ____/____/____

6- Recebe Proventos de Aposentadoria/Reforma ou Pensão de Órgão Público? SIM () NÃO ()
Origem do (a) Provento 1 () / Pensão 1 (), matrícula _____ União () Estado () Município ()
Origem do (a) Provento 2 () / Pensão 2 (), matrícula _____ União () Estado () Município ()

7- Solicitei exoneração / rescisão / renúncia de proventos ou pensão da matrícula n.º _____ do(a) União Estado Município _____, pelo processo n.º _____ de ____/____/____. Apresentar o Protocolo () / Publicação em Diário Oficial () / CTPS ().

Declaro a veracidade das informações por mim firmadas nos itens 1 a 7.
Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____. _____
Assinatura do candidato

PREENCHIMENTO PELO ORGÃO DE RH

(i) O(A) candidato(a) apresentou SIM () NÃO () o Certificado/Diploma/Registro do Conselho de Classe do (a) _____, emitido em ____/____/____, para fins de comprovação da escolaridade exigida no concurso, () ESTANDO () NÃO ESTANDO dessa forma habilitado.
(ii) De acordo com as informações prestadas pelo candidato nos itens 2, 3, 4, 5 e 6, declarou () HAVER () NÃO HAVER necessidade de análise de Acumulação.
(iii) O(A) candidato(a) solicitou acumulação pelo processo n.º _____.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____. _____
Assinatura e matrícula ou carimbo
Comparecer à Coordenadoria Técnica de Perícias Médicas - FP/SUBGGC/CTPM, em ____/____/____ às ____ horas

PREENCHIMENTO PELA FP/SUBGGC/CTPM

O(A) candidato(a) foi considerado APTO () INAPTO ().
Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____. _____
Assinatura e matrícula ou carimbo

PREENCHIMENTO PELO CANDIDATO

Declaro estar ciente da INAPTIDÃO para o cargo de _____ e, inclusive, dos motivos que ensejaram o resultado, informado(a) pela FP/SUBGGC/CTPM, na presente data, tendo sido orientado(a) sobre os procedimentos administrativos subsequentes e sobre o prazo de 29 (vinte e nove) dias corridos e ininterruptos para solicitar a abertura de PROCESSO DE RECURSO DE ADMISSÃO, no protocolo do referido Setor.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____. _____
Assinatura do candidato

Possui dependente(s)? SIM () NÃO ()
Declaro, em ____/____/____, estar ciente de que o salário-família será pago a contar da data do requerimento e da apresentação da documentação necessária.
Declaro a veracidade das informações por mim firmadas neste Boletim de Investidura, estando ciente de que responderei por sanções administrativas, civis ou penais por omissão ou má-fé.
Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20____. _____
Assinatura do servidor investido

PREENCHIMENTO PELO ORGÃO DE RH

Posse ____/____/____ Validade ____/____/____ _____
Assinatura e matrícula ou carimbo do responsável

PREENCHIMENTO PELO ORGÃO DE RH

CADASTRO DO SERVIDOR	MATRÍCULA		/							-
-----------------------------	-----------	--	---	--	--	--	--	--	--	---

PREENCHIMENTO PELO CANDIDATO

DADOS PESSOAIS

NOME DO SERVIDOR												
NOME DO SOCIAL												
NOME DO PAI												
NOME DA MÃE												
SEXO		ETNIA (VER LEGENDA)				PcD		DATA DE NASCIMENTO		NATURALIDADE		U.F.
M	F					S	N					
NACIONALIDADE				NATURALIZADO EM						GRUPO SANGUINEO		

ESCOLARIDADE

SUPERIOR COMPLETO INCOMPLETO PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO DOUTORADO PÓS-DOUTORADO

MÉDIO COMPLETO INCOMPLETO ESPECIALIZADO PROFISSIONALIZANTE

FUNDAMENTAL COMPLETO INCOMPLETO ESPECIALIZADO ELEMENTAR

ESTADO CIVIL

1-SOLTEIRO	2-CASADO	3-DIVORCIADO	4-SEPARADO	5-VIÚVO	NENHUM
------------	----------	--------------	------------	---------	--------

DOCUMENTAÇÃO

CPF			RG			DATA DE EMISSÃO		ÓRGÃO EXPEDIDOR		U.F.	
TÍTULO ELEITORAL					ZONA		SEÇÃO		U.F.	ANO ÚLTIMA VOTAÇÃO	
CTPS N° (Carteira de Trabalho e Previdência Social)				SÉRIE		U.F.	1° EMPREGO		ANO	ÚLTIMO EMPREGO	U.F.
REGISTRO PROFISSIONAL N° (CREA, OAB, etc)				TIPO		DATA EMISSÃO		ÓRGÃO EXPEDIDOR		U.F.	
DOCUMENTO MILITAR				SÉRIE		CATEGORIA		ÓRGÃO EXPEDIDOR		U.F.	
CERTIDÃO N° NASCIMENTO ()		LIVRO	FOLHA	CARTÓRIO	CIDADE		U.F.	PIS/PASEP			
CASAMENTO ()											

ENDEREÇO – TELEFONES – E-MAIL

TIPO DE LOGRADOURO (VER LEGENDA)			ENDEREÇO								
NÚMERO		COMPLEMENTO					BAIRRO				
CIDADE				CEP			U.F.	DDD/TELEFONE RESIDENCIAL			
DDD/TELEFONE CELULAR			E-MAIL								

LEGENDA:

Etnia: 1 – Branca 2 – Preta 3 – Parda 4 – Amarela 5 – Indígena 6 – Não Informada (Dados constantes do eSocial)

Tipo de Logradouro: 1 – Acesso 2 – Alameda 3 – Avenida 4 – Beco 5 – Condomínio 6 – Conjunto 7 – Estrada 8 – Largo 9 – Praia 10 – Praça 11 – Rodovia 12 – Rua 13 – Travessa 14 – Viaduto 15 – Viela 16 – Vila

OBSERVAÇÃO:

--