

# FICHA CADASTRAL

Foto 3 x4  
Obrigatório

CPF Nº: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS	
Nome de Registro:	Matrícula TJMA Nº:
Nome Social:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União estável ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a) judicialmente ( ) Viúvo(a) ( ) Outros: _____	
Nome Cônjuge:	
Nome da mãe:	
Nome do pai:	
Raça / Cor: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta	
Tipo Sanguíneo/Fator RH: ( ) A+ ( ) A- ( ) B+ ( ) B- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) O+ ( ) O-	
Doador de: ( ) Sangue ( ) Órgão ( ) Medula Óssea	
Grau de Instrução: ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Doutorado ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós-Doutorado ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Pós-Graduação ( ) PHD ( ) Ensino Médio Completo ( ) Mestrado	
Pessoa com deficiência: ( ) Sim ( ) Não Caso positivo: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental ( ) Múltipla ( ) Reabilitado(a)	
Naturalidade (Cidade e UF): _____   Nacionalidade: _____	
País de nascimento: _____	

**Observações:**

\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto o de carteira militar no caso de servidores do sexo feminino.

\*\* É obrigatório anexar cópia dos documentos.

**DADOS RESIDENCIAIS**

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: DDD ( ) Nº \_\_\_\_\_ Celular: DDD ( ) Nº: \_\_\_\_\_  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS PESSOAIS**

**CI (RG) Nº:** \_\_\_\_\_ | ( ) Civil ( ) Militar | Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**CPF Nº:** \_\_\_\_\_ | **PIS/PASEP Nº:** \_\_\_\_\_  
**Certificado Militar Nº** \_\_\_\_\_ | Categoria: \_\_\_\_\_ | Região: \_\_\_\_\_  
Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Série Nº: \_\_\_\_\_ | Expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Registro profissional:** \_\_\_\_\_ | Registro: \_\_\_\_\_ | Região: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_ | Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Título de Eleitor Nº:** \_\_\_\_\_ | Zona: \_\_\_\_\_ | Seção: \_\_\_\_\_ | Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**CNH Nº:** \_\_\_\_\_ | Categoria : \_\_\_\_\_ | Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTOS BANCÁRIOS (Obs.: Apenas Banco do Brasil)**

( ) Agência: \_\_\_\_\_ | Conta Corrente: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_  
( ) Não possuo conta corrente no Banco do Brasil (\*Ligar para a Divisão de Cadastro (98) 3261-6141)

**CONTATOS DE EMERGÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ | Telefone: DDD ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÕES**

1. ( ) Declaro que residirei na Comarca onde exercerei minhas funções.
2. ( ) Declaro que sou optante pela Assistência Saúde (FUNBEN), nos termos da Lei nº 10.079/2014 e LC nº 166/2014. (Alíquota de 3% sobre o salário-contribuição do segurado ativo, dos proventos e da pensão, acrescida de 1% para cada um dos dependentes inscritos) (opcional).
3. ( ) Declaro que não participo de sociedade comercial (exceto como acionista, cotista ou comanditário), diretoria, gerência ou administração de empresa privada e de sociedade civil prestadora de serviços ao Estado, bem como não exerço comércio, tendo em vista as vedações previstas nos incisos X e XI do art. 210 da Lei 6.107/1994.

**Observações:**

\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto o de carteira militar no caso de servidores do sexo feminino.

\*\* É obrigatório anexar cópia dos documentos.

4. ( ) Declaro que não possuo contrato de trabalho com empresa prestadora de serviço junto ao Tribunal de Justiça do Maranhão.

5. Considerando o disposto no art. 37, XI, XVI, XVII, §§ 10 e 11 da Constituição Federal:

a) Possui vínculo com a Administração Pública, ocupando outro cargo, emprego ou função pública na esfera federal, estadual, municipal ou distrital; administração direta ou indireta?

( ) Sim ( ) Não

\*Em caso afirmativo, anexar obrigatoriamente declaração ou certidão especificando o Órgão/Entidade, a jornada de trabalho e a natureza do cargo (em comissão, efetivo ou emprego público).

b) Percebe provento (decorrente de aposentadoria) de outro órgão ou entidade pública da esfera federal, estadual, municipal ou distrital; administração direta ou indireta?

( ) Sim ( ) Não

b.1) O provento é decorrente de aposentadoria por invalidez?

( ) Sim ( ) Não

c) Percebe pensão de outro órgão ou entidade pública da esfera federal, estadual, municipal ou distrital; administração direta ou indireta?

( ) Sim ( ) Não

6. ( ) Declaro que não exerço, ainda que em causa própria, a advocacia, conforme disposto no inciso IV do art. 28 da Lei nº 8.906, de 4 de julho de 1994.

7. Trabalhou em órgãos públicos nos últimos 10 (dez) anos?

( ) Sim ( ) Não

\*Em caso afirmativo, anexar obrigatoriamente certidão ou declaração (expedida pelo respectivo órgão público), contendo o período de exercício e a informação de que não foi demitido, a qualquer título, não teve cassada aposentadoria ou disponibilidade e não foi destituído de cargo em comissão.

\*\*Não é necessário apresentar a declaração acima para vínculos anteriores com o TJMA.

8. ( ) Declaro que não incidido em qualquer das hipóteses de vedação previstas em lei ou na Resolução nº 156/2012, do Conselho Nacional de Justiça, bem como suas alterações.

9. ( ) Declaro que não utilizo mão de obra de menores de dezesseis anos de idade em qualquer tipo de trabalho, inclusive no trabalho doméstico, assim como de menores de dezoito anos em atividades insalubres, perigosas, penosas ou durante o horário noturno (entre 22 horas de um dia e 5 horas do dia seguinte), conforme arts. 7º, XXXIII, e 227, caput e parágrafos, da Constituição Federal de 1988 (art. 2º da Lei nº 8.816, de 10 junho de 2008).

Loca e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Observações:**

\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto o de carteira militar no caso de servidores do sexo feminino.

\*\* É obrigatório anexar cópia dos documentos.