



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DO SISTEMA DE PAGAMENTO DE PESSOAL

BOLETIM DE ALTERAÇÃO CADASTRAL

Nº 1
MÊS DE REFERÊNCIA
____/____/____

Órgão Nome do Órgão

Matrícula Nome do Servidor

Nome do Servidor CPF Data Nascimento

Naturalidade UF Endereço

Bairro Município UF CEP

Telefone Sexo Estado Civil Escolaridade Formação Profissional

Identidade Órgão Expedidor UF Data de Expedição Nº da Carteira Trabalho Série UF

Título Eleitoral Zona Seção UF Data de Expedição Certificado Militar Cat. Região Data de Expedição

Carteira de Habilitação Categoria PIS/PASEP Nacionalidade País

Nome do Pai

Nome da Mãe

Cargo Padrão Ref. Sit. Funcional C.H. Data de Admissão Ing. Serv. Público

Resolução TCE Nº Data da Resolução

Data Base para Férias ____/____/____

Quinquênio(s) Anuênio(s)

DESATIVAR () REATIVAR () EXCLUIR ()

Motivo

Tipo do Ato Nº do Ato Data do Ato Nº do DOE Data do DOE A partir de: Término em:

Encarregado de Setor	Coordenador	Triagem/SECAD		Digitação/SECAD
		Conferente	Coordenador	Digitação
Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo	Assinatura/Carimbo

