

FICHA CADASTRAL

----- DADOS PESSOAIS -----

CART. IDENTIDADE-PR	NOME DO SERVIDOR
---------------------	------------------

SEXO	DATA NASC.	EST.NASC	NATURALIDADE	CPF	PIS/PASEP
------	------------	----------	--------------	-----	-----------

----- TÍTULO DE ELEITOR -----

Nº INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO	RAÇA/COR	É DEF. FÍSICO	EST.CIVIL	RG CONJUGE
--------------	------	-------	----------	---------------	-----------	------------

----- DADOS BANCÁRIOS -----

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	SALÁRIO FAMÍLIA	DEPENDENTES	IMPOSTO RENDA	SAS - SISTEMA DE SAÚDE
-------	---------	----------------	-----------------	-------------	---------------	------------------------

----- FILIAÇÃO -----

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
-------------	-------------

----- ENDEREÇO RESIDENCIAL -----

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
-----------------	--------	-------------

BAIRRO/DISTRITO	CEP
-----------------	-----

MUNICÍPIO	TELEFONE
-----------	----------

E-MAIL	FAX	RAMAL	CELULAR
--------	-----	-------	---------

----- PESSOA PARA CONTATO -----

NOME	TELEFONE	TELEFONE	TELEFONE
------	----------	----------	----------

----- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA -----

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMNTO
-----------------	--------	------------

BAIRRO/DISTRITO	CEP
-----------------	-----

MUNICÍPIO	TELEFONE
-----------	----------

E-MAIL	FAX	RAMAL	CELULAR
--------	-----	-------	---------

----- ENDEREÇO COMERCIAL -----

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMNTO
-----------------	--------	------------

BAIRRO/DISTRITO	CEP
-----------------	-----

MUNICÍPIO	TELEFONE
-----------	----------

E-MAIL	FAX	RAMAL	CELULAR
--------	-----	-------	---------

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

REGISTRO GERAL	NOME DO SERVIDOR
----------------	------------------

DADOS DO 1º DEPENDENTE

NOME	SEXO	DATA NASC.	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
------	------	------------	--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO/DISTRITO	CEP	
MUNICÍPIO	TELEFONE	

DADOS DO 2º DEPENDENTE

NOME	SEXO	DATA NASC.	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
------	------	------------	--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO/DISTRITO	CEP	
MUNICÍPIO	TELEFONE	

DADOS DO 3º DEPENDENTE

NOME	SEXO	DATA NASC.	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
------	------	------------	--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO/DISTRITO	CEP	
MUNICÍPIO	TELEFONE	

DADOS DO 4º DEPENDENTE

NOME	SEXO	DATA NASC.	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
------	------	------------	--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO/DISTRITO	CEP	
MUNICÍPIO	TELEFONE	

DADOS DO 5º DEPENDENTE

NOME	SEXO	DATA NASC.	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
------	------	------------	--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO/DISTRITO	CEP	
MUNICÍPIO	TELEFONE	

DECLARAÇÃO DE ESCOLARIDADE

REGISTRO GERAL	IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR NOME DO SERVIDOR
----------------	---

1º GRAU - 1ª a 8ª ENSINO FUNDAMENTAL ENTIDADE	SITUAÇÃO
--	----------

2º GRAU ENTIDADE	SITUAÇÃO
---------------------	----------

3º GRAU - ENSINO SUPERIOR			
NOME DA GRADUAÇÃO (SUPERIOR)	SITUAÇÃO	ABANDONO	CONCLUSÃO

ENTIDADE	Nº REGISTRO	EST/PAÍS
----------	-------------	----------

3º GRAU - ENSINO SUPERIOR			
NOME DA GRADUAÇÃO (SUPERIOR)	SITUAÇÃO	ABANDONO	CONCLUSÃO

ENTIDADE	Nº REGISTRO	EST/PAÍS
----------	-------------	----------

3º GRAU - ENSINO SUPERIOR			
NOME DA GRADUAÇÃO (SUPERIOR)	SITUAÇÃO	ABANDONO	CONCLUSÃO

ENTIDADE	Nº REGISTRO	EST/PAÍS
----------	-------------	----------

PÓS-GRADUAÇÃO			
TIPO	CURSO/ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO

ENTIDADE	C.HORÁRIA	EST/PAÍS
----------	-----------	----------

PÓS-GRADUAÇÃO			
TIPO	CURSO/ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO

ENTIDADE	C.HORÁRIA	EST/PAÍS
----------	-----------	----------

PÓS-GRADUAÇÃO			
TIPO	CURSO/ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO

ENTIDADE	C.HORÁRIA	EST/PAÍS
----------	-----------	----------

NOME DO SERVIDOR				
------------------	--	--	--	--

INÍCIO DO CONTRATO	CARGA HORÁRIA	ATO Nº	DOE Nº	DATA
--------------------	---------------	--------	--------	------

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO GRHS

----- **DADOS DO CARGO/FUNÇÃO** -----

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas na presente ficha de cadastro.

Data: ____/____/____

Assinatura do Contratado

Conferi as informações constantes no presente documento.

Data: ____/____/____

Assinatura funcionário GRHS/SEJU