

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

[A] DADOS PESSOAIS:

NOME: _____ MATRÍCULA Nº _____

Filiação:

PAI: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ ESTADO CIVIL: _____

NOME DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A): _____

NATURALIDADE: _____ UF: _____ NACIONALIDADE: _____

Escolaridade:

[] FUNDAMENTAL [] MÉDIO [] SUPERIOR CURSO: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: _____ CURSO: _____

Ínicio: _____ Fim: _____ Carga Horária: _____

Sexo: [] MASCULINO [] FEMININO [] Tipo sanguíneo: _____ RH: _____

Raça/Cor: [] INDÍGENA [] BRANCA [] PRETA [] AMARELA [] PARDA

Endereço: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____ CEP _____

CIDADE: _____ UF: _____ Fone Fixo: [] _____ Celular: [] _____

E-Mail: _____

Plano de Saúde: _____

Contatos de emergência:

Nome: _____

Celular: [] _____ Parentesco: [] _____

Nome: _____

Celular: [] _____ Parentesco: [] _____

[B] DOCUMENTAÇÃO:

Identidade nº _____ Expedição: ____ / ____ / ____ UF: ____ CPF nº: _____

Identidade Profissional nº: _____ Tipo: _____ UF: _____

CNH nº: _____ Categoria: _____ Validade: ____ / ____ / ____ UF: _____

CTPS nº: _____ Série: _____ Data de Expedição: ____ / ____ / ____

Título de Eleitor nº: _____ Zona: _____ Seção: _____

Reservista nº: _____ Categoria: _____ UF: ____ PIS/PASEP nº: _____

CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO:

Registro nº: _____ Livro: _____ Folha: _____

Matrícula nº: _____

[C] FORMA DE INGRESSO:

Nomeação Livre Nomeação Concurso Contrato Estágio Cessão

Data de ingresso:

NOMEAÇÃO/CESSÃO: ____ / ____ / ____ Portaria Nº: _____ DOE nº: _____

Data de publicação no DOE: ____ / ____ / ____

CARGO/FUNÇÃO: _____

ÓRGÃO DE ORIGEM: _____

[D] DADOS BANCÁRIOS:

Banco nº: _____ Agência nº: _____ Conta Corrente nº: _____

[E] DEPENDENTES: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº: _____ Expedição: _____ CPF nº: _____

Dados da certidão: _____

Nascimento Casamento União Estável _____

Masculino Feminino Tipo de dependente: SF IRPF PLANO DE SAÚDE

Belém, PA _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

DEPENDENTES:

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº _____ Expedição: _____ CPF nº _____

Dados da certidão:

[] Nascimento [] Casamento [] União Estável _____

[] Masculino [] Feminino Tipo de dependente: [] SF [] IRPF [] PLANO DE SAÚDE

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº _____ Expedição: _____ CPF nº _____

Dados da certidão:

[] Nascimento [] Casamento [] União Estável _____

[] Masculino [] Feminino Tipo de dependente: [] SF [] IRPF [] PLANO DE SAÚDE

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº _____ Expedição: _____ CPF nº _____

Dados da certidão:

[] Nascimento [] Casamento [] União Estável _____

[] Masculino [] Feminino Tipo de dependente: [] SF [] IRPF [] PLANO DE SAÚDE

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº _____ Expedição: _____ CPF nº _____

Dados da certidão:

[] Nascimento [] Casamento [] União Estável _____

[] Masculino [] Feminino Tipo de dependente: [] SF [] IRPF [] PLANO DE SAÚDE

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Nascimento: _____ RG nº _____ Expedição: _____ CPF nº _____

Dados da certidão:

[] Nascimento [] Casamento [] União Estável _____

[] Masculino [] Feminino Tipo de dependente: [] SF [] IRPF [] PLANO DE SAÚDE

Belém, PA _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor