

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

Ficha de Dados Cadastrais

CELETISTA: **PROFESSOR** **PRAZO DETERMINADO** **PRAZO INDETERMINADO**

Registro Funcional: _____ **Sexo:** _____

Não abreviar nomes

Nome: _____

Nome Social: _____

Nome usual para o crachá (não pode ser apelido) _____

Logradouro: _____ **Endereço:** _____

Número: _____ **Complemento:** _____ **Bairro:** _____

Estado: _____ **Município:** _____

CEP: _____ **CPF:** _____ **PIS/PASEP:** _____

Emissão: ____/____/____ **Orgão Emissor:** _____ **Estado Civil:** _____

Grau de Instrução: _____

4- Ens. Fundamental Incompleto	8- Superior Incompleto	12- Doutorado
5- Ens. Fundamental Completo	9- Superior Completo	13- Pós Doutorado
6- Ensino Médio Incompleto	10 - Pós Graduação/Especialização	14- Nível Técnico
7- Ensino Médio Completo	11 - Mestrado	

1 - Solteiro
2 - Casado
3 - Divorciado
4 - Viúvo
5 - Separado

Especialidade:

Ensino Médio (Nome do Curso): _____

Superior (Nome do Curso): _____

Especialização (Nome do Curso): _____

Pós-graduação (Nome do Curso): _____

Contatos / Documentos

Telefone: ____-____-____ **Celular:** ____-____-____ **Tel. Recado:** ____-____-____

E-mail principal: _____

E-mail alternativo: _____

RG: Número: _____ **Emissão:** ____/____/____ **Órgão Emissor:** _____ **UF:** _____

Carteira de Trabalho: Número: _____ **Série:** _____ **Data de emissão:** ____/____/____ **UF:** _____

Título de Eleitor: _____ **Zona:** _____ **Seção:** _____ **Emissão:** ____/____/____ **UF:** _____

CNH: _____ **Categoria:** _____ **Validade:** ____/____/____ **Expedição:** ____/____/____

UF: _____ **Data da 1ª Habilitação:** ____/____/____

Carteira de Estrangeiro / Trabalhador Estrangeiro

Número: _____ **Órgão Emissor:** _____ **Expedição:** ____/____/____ **Data de chegada:** ____/____/____

Classificação: _____ **Nacionalidade:** _____ **País:** _____

Casado (a) com brasileiro (a): **Sim** **Não** **Tem filhos com brasileiro (a):** **Sim** **Não**

Expedição: ____/____/____ **UF:** _____ **Definitiva** **Sim** **Não** **Validade:** ____/____/____

Registro em Órgão de Classe

Registro de Classe: Número: _____ **Órgão Emissor:** _____

Expedição: ____/____/____ **UF:** _____ **Definitiva** **Sim** **Não** **Validade:** ____/____/____

Certificado Militar / Reservista

Número: _____ **Categoria:** _____ **Série:** _____

Expedição: ____/____/____ **RA:** _____ **CSM/DAM** _____ **RM/DN/Coman:** _____

Cartão SUS: _____

Data nascimento: ____/____/____ Estado: _____ Local de Nascimento: _____

País: _____

Pai: _____

CPF do pai: _____

Mãe: _____

CPF da mãe: _____

Nome do Cônjuge: _____

CPF do Cônjuge: _____

Cônjuge trabalha em órgão público municipal: Prefeitura Ceprosom Câmara Municipal IPML Não

Se Prefeitura: matrícula _____ Regime Jurídico: Estatutário CLT

Tem filhos em comum: Sim Não Quantos: _____

Avô Paterno: _____ Avó Paterna: _____

Avô Materno: _____ Avó Materna: _____

Possui Deficiência Sim Não Cotista: Sim Não

Tipo de deficiência: Física Auditiva Visual Intelectual Mental

Observações: _____

Cota Racial: Sim Não

Cota Idoso: Sim Não

Tipo Sanguíneo: A B AB O

Doador de sangue: Sim Não

Fator sanguíneo: + -

Características Físicas

Cor dos olhos: _____ Cor cabelo: _____

Altura: _____ Peso (Kg) _____

Conta Bancária - Número do Banco: _____ **Agência:** _____

Número da conta: _____ **C/C: Pagadora:** 004 - Pref. 271 - Saúde

Trabalha na Prefeitura: Não Sim matrícula: _____

Já trabalhou na Prefeitura: Não Sim Estatutário: Celetista: Comissionado:

É aposentado: Não Sim Regime de Previdência: RGPS RPPS

Nº Edital: _____ Data do edital: ____/____/____ Nº Concurso ou Proc.Seletivo: _____

Tipo: Concurso Publico Processo Seletivo Credenciamento Nº da Inscrição: _____

Nº Classificação: _____ Portaria: _____ Data Portaria: ____/____/____

Data da Publicação: ____/____/____ Nº Processo: _____ Lei autorizadora: _____

Outras informações:

Reside na Zona: Rural Urbana Data do cadastro: ____/____/____ Responsável: _____

Data da Conferência: ____/____/____ Responsável: _____ Qualificado: Sim Não

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

DEPENDENTES

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino CPF: _____

Grau de parentesco:

Grau de escolaridade:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Companheiro | <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) | <input type="checkbox"/> Adotado (a) | <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> Irmão (a) | <input type="checkbox"/> Neto (a) / Bisneto (a) | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Pós graduação/Especialização |
| <input type="checkbox"/> Genitor (a) | <input type="checkbox"/> Termo de Guarda | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo | <input type="checkbox"/> Pós Doutorado |
| <input type="checkbox"/> Incapaz | <input type="checkbox"/> Enteadado (a) | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Nível Técnico |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) Curso Superior | <input type="checkbox"/> Avós | <input type="checkbox"/> Superior Completo | |
| <input type="checkbox"/> Filho (a) Esc.Téc.2º grau | <input type="checkbox"/> Bisavós | | |

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

RG: _____ Data de emissão: ____/____/____ Órgão Emissor: _____

E-mail: _____

Telefone: _____ - _____ Estado civil: Solteiro Casado Divorciado

Cartório de Registro: _____ Separado Viúvo

Cartão SUS: _____ Possui irmão gêmeo: Sim Não

Endereço: _____ nº. _____

Bairro: _____ CEP: _____

Complemento: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____ Nacionalidade: _____

Motivo de vínculo: Nascimento Adoção Decisão Judicial
 Casamento Tutela de menor Invalidez
 União Estável Curatela Dependência Econômica

Data início ____/____/____ Dependente IR: Sim Não

Data: _____ Assinatura: _____