

**O PREENCHIMENTO DO
FORMULÁRIO PODERÁ SER
FEITO DE FORMA
MANUSCRITA
(COM LETRA LEGÍVEL)
OU DIGITADA**

FICHA DE CADASTRO PARA POSSE E IMPLANTAÇÃO NO SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS

1. Identificação do Candidato									
Nome Completo:									
Nome Social:									
Filiação:	Nome Completo da Mãe:								
	Nome Completo do Pai:								
2. Dados Pessoais									
Estudante:	() Sim () Não	Doador:	() Sangue	() Órgãos	() Medula	() Não Doador			
Grupo Sanguíneo:	() A	() B	() AB	() O	Fator RH:	() Positivo	() Negativo		
Estado Civil:	() Solteiro/Solteira	() Casado /Casada	() União Estável	() Separado/Separada	() Divorciado/Divorciada	() Viúvo/Viúva			
Grau de Instrução:	() Ensino Fundamental Completo		() Ensino Médio Completo		() Ensino Superior Completo				
	() Ensino Fundamental Incompleto		() Ensino Médio Incompleto		() Ensino Superior Incompleto				
Data de Nascimento:	____/____/____		Nacionalidade:						
Município de Nascimento:						Estado (sigla UF):			
Sexo:	() Masculino	() Feminino	Peso:	_____ kg	Altura:	_____ m _____ cm			
Cor/Raça:	() Branco	() Negro	() Mulato	() Pardo	() Amarelo	() Indígena			
Naturalização (se brasileiro nato, não preencher):									
Data de Chegada ao Brasil:	____/____/____		Data de naturalização:	____/____/____		Número do Decreto de Naturalização:			
3. Dados de Endereço Residencial e de Contato									
Número do CEP:	_____ - _____		Município:				Estado (sigla UF):		
Endereço:						Número:			
Bairro:					Complemento:	(apto/bloco/casa/quadra/lote)			
Telefone Residencial:	() _____		Telefone Celular:	() _____					
(informar o DDD e o número)									
Endereço de E-mail:									
4. Documentos Pessoais									
Número do CPF:				Número do PIS/PASEP:					
Número do Documento de Identidade (RG): _____									
Órgão Emissor:			Estado (sigla UF):			Data de Emissão:	____/____/____		
Número do Título de Eleitor: _____									
Número da Zona Eleitoral:			Número da Seção Eleitoral:			Data de Emissão:	____/____/____		
Número da Carteira de Habilitação (CNH): _____									

Categoria:		Data de Emissão:	____/____/____	Data de Validade:	____/____/____
Número do Certificado de Reservista:					
Série:		Região:		Categoria:	
Número da Carteira de Trabalho (CTPS):					
Série:		Data de Emissão:	____/____/____	Estado (sigla UF):	
Certidão de Nascimento:					
<input type="checkbox"/> Modelo Antigo	Número da Certidão:		Número do Livro:		Número da Folha:
Município de Registro:				Estado (sigla UF):	
<input type="checkbox"/> Modelo Novo	Número da Matrícula:				
Certidão de Casamento:					
<input type="checkbox"/> Modelo Antigo	Número da Certidão:		Número do Livro:		Número da Folha:
Município de Registro:				Estado (sigla UF):	
<input type="checkbox"/> Modelo Novo	Número da Matrícula:				
Número da Averbação do Divórcio (caso seja divorciado (a))					
Número do Passaporte:		Data de Emissão:	____/____/____	Data de Validade:	____/____/____
Número da Carteira de Identidade do Estrangeiro		Data de Emissão:	____/____/____	Data de Validade:	____/____/____
Número da Carteira Profissional do Estrangeiro					
Série:		Data de Emissão:	____/____/____	Data de Validade:	____/____/____
Número de Registro do Conselho de Classe:					
Região:		Sigla:		Data de Emissão:	____/____/____
Número do Cartão SUS:					
5. Especificação da Formação Acadêmica:					
Grau de Instrução:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo		<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo		<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo
	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto		<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto		<input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto
Ensino Fundamental:	Instituição/Escola:				Ano de Conclusão:
Ensino Médio:	Instituição/Escola:				Ano de Conclusão:
Ensino Superior:	Instituição:				
	Nome do Curso:				
	Área de Atuação:				
	Ano de Conclusão:		Tipo de Instituição:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
	Instituição:				
	Nome do Curso:				

	Área de Atuação:														
	Ano de Conclusão:		Tipo de Instituição:	() Pública	() Privada										
Pós-Graduação	Nível:	() Especialização	() Mestrado	() Doutorado											
	Instituição:														
	Nome do Curso:														
	Área de Atuação:														
	Ano de Conclusão:		Tipo de Instituição:	() Pública	() Privada										
	Nível:	() Especialização	() Mestrado	() Doutorado											
	Instituição:														
	Nome do Curso:														
	Área de Atuação:														
	Ano de Conclusão:		Tipo de Instituição:	() Pública	() Privada										
	Nível:	() Especialização	() Mestrado	() Doutorado											
	Instituição:														
	Nome do Curso:														
	Área de Atuação:														
Ano de Conclusão:		Tipo de Instituição:	() Pública	() Privada											
6. Dados Bancários:															
Número do Banco:	001	Nome do Banco:	Banco do Brasil												
Número da Agência: <small>(com dígito verificador)</small>		Número da Conta: <small>(com dígito verificador)</small>		Tipo de Conta:	() Conta Corrente () Conta Salário										
7. Informações dos Dependentes:															
Observação:	<p>No campo "Grau de Parentesco", o candidato deverá preencher o número correspondente ao grau de parentesco do dependente, observando-se a seguinte legenda:</p> <table border="0"> <tr> <td>1 – Cônjuge</td> <td>6 – Irmão/Irmã</td> </tr> <tr> <td>2 – Filho/Filha</td> <td>7 – Menor sob Guarda Judicial</td> </tr> <tr> <td>3 – Companheiro/Companheira</td> <td>8 – Outros</td> </tr> <tr> <td>4 – Pai</td> <td>9 – Sogro/Sogra</td> </tr> <tr> <td>5 – Mãe</td> <td>6 – Filho(a) Invalído(a)</td> </tr> </table>					1 – Cônjuge	6 – Irmão/Irmã	2 – Filho/Filha	7 – Menor sob Guarda Judicial	3 – Companheiro/Companheira	8 – Outros	4 – Pai	9 – Sogro/Sogra	5 – Mãe	6 – Filho(a) Invalído(a)
1 – Cônjuge	6 – Irmão/Irmã														
2 – Filho/Filha	7 – Menor sob Guarda Judicial														
3 – Companheiro/Companheira	8 – Outros														
4 – Pai	9 – Sogro/Sogra														
5 – Mãe	6 – Filho(a) Invalído(a)														
Nome do Dependente:															
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	() Masculino () Feminino	Grau de Parentesco:											
Escolaridade:	() Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto	() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto	() Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto												
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	() Sim	() Não	Dependente Econômico:	() Sim	() Não										
Nome do Dependente:															
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	() Masculino () Feminino	Grau de Parentesco:											
Escolaridade:	() Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto	() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto	() Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto												
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	() Sim	() Não	Dependente Econômico:	() Sim	() Não										

Nome do Dependente:					
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Grau de Parentesco:	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dependente Econômico:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do Dependente:					
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Grau de Parentesco:	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dependente Econômico:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do Dependente:					
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Grau de Parentesco:	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dependente Econômico:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do Dependente:					
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Grau de Parentesco:	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dependente Econômico:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do Dependente:					
Data de Nascimento:	____/____/____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Grau de Parentesco:	
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
Dependente no Imposto de Renda (IRPF):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dependente Econômico:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Observações:					
Declaro, para a produção dos devidos efeitos, que as informações prestadas no presente formulário e em seus anexos correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena da aplicação das sanções administrativas e/ou penais cabíveis.					
Campo Grande-MS, _____ de _____ de 2020.				_____ Assinatura do(a) Servidor(a)	