

**PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO PÚBLICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS**FICHA DE CADASTRO**

MATRÍCULA:					
DADOS DO (A) SERVIDOR (A)					
CARGO:					
NOME (SEM ABREVIAR):					
DATA DE NASCIMENTO:			SEXO:	FEMININO	MASCULINO
/ /					
NATALIDADE:			NACIONALIDADE:		
NOME DO MÃE:					
NOME DO PAI:					
ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO		
	DESQUITADO	VIÚVO	OUTROS		
E-MAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO):					
TELEFONE RESIDENCIAL:			TELEFONE CELULAR:		
()			()		
ENDEREÇO DO(A) SERVIDOR(A)					
RUA/AV./ROD:					
NÚMERO:		COMPLEMENTO:		CEP:	
BAIRRO:					
MUNICÍPIO:			ESTADO:		
DOCUMENTOS PESSOAIS					
RG (IDENTIDADE):		ÓRGÃO EMISSOR:		DATA DE EXPEDIÇÃO DO RG:	
				/ /	
CNH:		CATEGORIA:	DATA DE VALIDADE (CNH):	DATA DA PRIMEIRA CNH:	
			/ /	/ /	
CARTEIRA DE TRABALHO:		NÚMERO:	SÉRIE:	DATA DE EMISSÃO:	
				/ /	
TÍTULO DE ELEITOR:		NÚMERO:	ZONA:	SEÇÃO:	
PIS/PASEP:		CPF:		RESERVISTA:	

FICHA DE CADASTRO

FILHOS OU DEPENDENTES				
NOME:				
SEXO:		FEMININO		MASCULINO
				DATA DE NASCIMENTO:
				/ /
	FILHO		DEPENDENTE	OUTROS
NOME:				
SEXO:		FEMININO		MASCULINO
				DATA DE NASCIMENTO:
				/ /
	FILHO		DEPENDENTE	OUTROS
NOME:				
SEXO:		FEMININO		MASCULINO
				DATA DE NASCIMENTO:
				/ /
	FILHO		DEPENDENTE	OUTROS
NOME:				
SEXO:		FEMININO		MASCULINO
				DATA DE NASCIMENTO:
				/ /
	FILHO		DEPENDENTE	OUTROS
ESCOLARIDADE				
	MÉDIO / TÉCNICO	CURSO:		
	SUPERIOR INCOMPLETO	CURSO:		PERÍODO:
	SUPERIOR COMPLETO	CURSO:		
	ESPECIALIZAÇÃO	ÁREA:		
	MESTRADO	ÁREA:		
	DOUTORADO	ÁREA:		
	PÓS-DOUTORADO	ÁREA:		
CONSELHO PROFISSIONAL (CRA, CRC, CREA, CRM, OAB, ETC.)				
CONSELHO E ESTADO:				
NÚMERO DE REGISTRO:		DATA DO REGISTRO:		
		/ /		

FICHA DE CADASTRO

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE VÍNCULOS

Declaro para todos os efeitos legais, que NÃO ACUMULO cargos, empregos ou funções públicas, em cumprimento ao disposto no art. 37, XVI, da Constituição Federal.

SERVIDOR DECLARANTE

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____.