

**FICHA DE MATRICULA DO CANDIDATO  
CURSO DE FORMAÇÃO GUARDA CIVIL MUNICIPAL**

**DADOS DO (A) CANDIDATO (A)**

**CARGO:**

**NOME ( SEM ABREVIAR ):**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**SEXO:**

FEMININO:

MASCULINO:

**NATURALIDADE:**

**NACIONALIDADE:**

**NOME DA MÃE:**

**NOME DO PAI:**

**ESTADO CIVIL:**

SOLTEIRO

CASADO

DIVORCIADO

SEPARADO

VIÚVO

**ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL):**

**TELEFONE RESIDENCIAL:**

(    )

**TELEFONE CELULAR:**

(    )

**ENDEREÇO**

**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 :**

**DADOS COMPLEMENTARES**

<b>TIPO SANGUÍNEO?</b>											
<b>POSSUI ALERGIA?</b>		( ) SIM ( ) NÃO		<b>QUAL?</b>							
<b>POSSUI PLANO DE SAÚDE COM COBERTURA NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO OU RECIFE?</b>							( ) SIM		( ) NÃO		
<b>QUAL?</b>											
<b>POSSUI RESTRIÇÃO MÉDICA QUE O IMPEÇA DE FREQUENTAR AS AULAS PRÁTICAS MINISTRADAS NO CURSO DE FORMAÇÃO?</b>							( ) SIM		( ) NÃO		
<b>QUAL?</b>											
<b>INDICA ALGUÉM QUE POSSA SER ACIONADO EM CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA?</b>											
<b>NOME:</b>							<b>TELEFONE:</b>		( )		
<b>GESTANTE?</b>		( ) SIM ( ) NÃO		<b>QUANTOS MESES?</b>				<b>LACTANTE?</b>		( ) SIM ( ) NÃO	
<b>UTILIZARÁ MEIO DE TRANSPORTE PRÓPRIO PARA SE DESLOCAR AO CURSO DE FORMAÇÃO?</b>											
( ) SIM ( ) NÃO											
<b>MODELO:</b>				<b>FABRICANTE:</b>				<b>COR:</b>			
								<b>PLACA:</b>			
<b>UNIFORME ( OBS. Deixar para preencher no dia da matrícula)</b>											
<b>CAMISAS</b>											
<b>TAMANHO:</b>											
( ) P											
( ) M											
( ) G											
( ) GG											
<b>CAMISETAS PARA TREINAMENTO FÍSICO</b>											
<b>TAMANHO:</b>											
( ) P MEDIDAS											
( ) M MEDIDAS											
( ) G MEDIDAS											
( ) GG MEDIDAS											
<b>CADASTRO BANCÁRIO</b>											
<b>Código do Banco:</b>						<b>Código da Agência:</b>					
						<b>Banco:</b>					
<b>Nº e dígito da conta corrente:</b>								<b>Poupança:</b>		SIM	NÃO

**DADOS COMPLEMENTARES**

FOI INFECTADO PELO VIRUS SARS-COV-2?	( ) SIM ( ) NÃO	QUANDO?	
FOI VACINADO CONTRA COVID-19?	( ) SIM ( ) NÃO		
QUAL VACINA?			
TOMOU AS 02 DOSES?	( ) SIM ( ) NÃO		
DATA DA ÚLTIMA DOSE:			
GOSTARIA DE SER VACINADO ? ( Caso não tenha sido)			

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato