



## DADOS PESSOAIS

Código: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Raça:  Indígena  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indefinida

Nacionalidade:  Brasileiro  Naturalizado  Outros Data Chegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Solteiro  Casado Código: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cônjuge: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DE ADMISSÃO

Data Admissão: \_\_\_\_\_ Data Base: \_\_\_\_\_ Contrato temporário: \_\_\_\_\_  
Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e Fim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ordem: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ 13º INSS: \_\_\_\_\_  
 Selecionado  Múltiplos Códigos

	Código	Descrição		Código	Descrição
Situação			Vínculo		
Natureza			Admissão		
Previdência			Distrito		
Secretaria			Setor		
Função			Salário		
Lotação			Cargo		

Carga horária: \_\_\_\_\_ Fundeb: \_\_\_\_\_

Publicar:  SIM  NÃO Ocorrência GFIP: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS

Pis Pasep: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Orgão \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Carteira de Trabalho: \_\_\_\_\_ Reservista: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Sessão \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Habilitação CNH: \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Órgão de classe ou Conselho: \_\_\_\_\_  
Órgão/Conselho \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deficiência:  Física  Auditiva  Visual  Mental  Múltipla  Reabilitado  Nenhuma

Dados Bancários: \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_ Banco de pagamento \_\_\_\_\_ Num. \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Dv. \_\_\_\_\_  
Conta \_\_\_\_\_ Dv. \_\_\_\_\_ Operação \_\_\_\_\_ Cartão \_\_\_\_\_  Não Pagar

## DEPENDENTES

Código:	Nome:	Nascimento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Categoria/Por Idade:	Inf.:	Sal. Família:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro
Local Nascimento:	Cartório:	Registro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Livro:	Folha:	Entrega Certi.:	Baixa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código:	Nome:	Nascimento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Categoria/Por Idade:	Inf.:	Sal. Família:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro
Local Nascimento:	Cartório:	Registro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Livro:	Folha:	Entrega Certi.:	Baixa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código:	Nome:	Nascimento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Categoria/Por Idade:	Inf.:	Sal. Família:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro
Local Nascimento:	Cartório:	Registro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Livro:	Folha:	Entrega Certi.:	Baixa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código:	Nome:	Nascimento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Categoria/Por Idade:	Inf.:	Sal. Família:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro
Local Nascimento:	Cartório:	Registro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Livro:	Folha:	Entrega Certi.:	Baixa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código:	Nome:	Nascimento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Categoria/Por Idade:	Inf.:	Sal. Família:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro
Local Nascimento:	Cartório:	Registro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Livro:	Folha:	Entrega Certi.:	Baixa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>