



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO – SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

FICHA CADASTRAL

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		
NOME SOCIAL:		
NOME COMPLETO DO PAI:		
NOME COMPLETO DA MÃE:		
DATA DE NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	NATURALIDADE / UF:
NOME DO CONJUGE:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF DO CONJUGE:	

BENEFÍCIOS

VALE TRANSPORTE:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO TIPO: <input type="radio"/> TRANSCOL <input type="radio"/> SIGA – VITÓRIA <input type="radio"/> INTERURBANO
CARTÃO ALIMENTAÇÃO / REFEIÇÃO:	BANDEIRA: <input type="radio"/> COMPROCARD <input type="radio"/> LE CARD <input type="radio"/> SODEXO <input type="radio"/> UP BRASIL

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ESCOLARIDADE:	<input type="radio"/> ENSINO MÉDIO <input type="radio"/> ENSINO SUPERIOR <input type="radio"/> PÓS GRADUAÇÃO <input type="radio"/> MESTRADO <input type="radio"/> DOUTORADO
ESTADO CIVIL:	<input type="radio"/> SOLTEIRO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIÚVO
RAÇA/COR:	<input type="radio"/> PRETA <input type="radio"/> PARDA <input type="radio"/> BRANCA <input type="radio"/> INDÍGENA <input type="radio"/> AMARELA <input type="radio"/> NÃO DESEJO INFORMAR
SEXO:	<input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMININO
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> FÍSICA <input type="radio"/> AUDITIVA <input type="radio"/> VISUAL <input type="radio"/> INTELECTUAL <input type="radio"/> MENTAL
TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH:	



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO – SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

ENDERECO

LOGRADOURO:			
BAIRRO:			
CIDADE:	UF:	CEP:	
TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE CELULAR:		
MELHOR E-MAIL PARA CONTATO:			

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

CPF:			
CARTEIRA DE TRABALHO:	SÉRIE:		
DATA DE EMISSÃO:	UF:		
CARTEIRA DE IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:		
DATA EXPEDIÇÃO:	UF:		
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:		
SEÇÃO:	UF:		
DATA DE EMISSÃO:			
PIS/PASEP:	DATA DE CADASTRO:		
CERTIFICADO RESERVISTA:			
ENTIDADE DE CLASSE:			
REGISTRO PROFISSIONAL DA CLASSE:			
DATA DA EMISSÃO:	REGIÃO / UF		
CNH N°:	CATEGORIA:		
DATA DE EMISSÃO:	DATA DE VENCIMENTO:		



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO – SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

DEPENDENTES

NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	UNIVERSITÁRIO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	IMPOSTO DE RENDA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	UNIVERSITÁRIO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	IMPOSTO DE RENDA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	UNIVERSITÁRIO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	IMPOSTO DE RENDA <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

DADOS BANCÁRIOS

BANESTES – BANCO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	
AGÊNCIA N°:	CONTA CORRENTE N°:

ASSINATURA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS ESTÃO CORRETAS, RESPONSABILIZANDO-ME CIVIL E CRIMINALMENTE POR SUA VERACIDADE, COMPROMETENDO-ME A INFORMAR IMEDIATAMENTE À SEMAD QUALQUER ALTERAÇÃO QUE OCORRA A PARTIR DA PRESENTE DATA.

CARIACICA, de de .

ASSINATURA: _____