

# PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

## Ficha de Dados Cadastrais - COMISSIONADO

Registro Funcional: \_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Não abreviar nomes**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Reside na Zona:  Rural  Urbana

Estado Civil:  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  Separado

Raça/Cor:  Amarela  Branca  Indígena  Negra/ Preta  Parda

Grau de Instrução:

Ens. Fundamental Incompleto  Ensino Médio Completo  Doutorado  Mestrado  
 Ens. Fundamental Completo  Superior Incompleto  Pós Doutorado  Nível Técnico  
 Ensino Médio Incompleto  Superior Completo  Pós Graduação/Especialização

Especialidade:

Ensino Médio ou Técnico (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

Superior (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

Especialização (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

Pós-graduação (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

Mestrado (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

Doutorado (Nome do Curso): \_\_\_\_\_

### Documentos / Contatos

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

RG: Número: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Emissor : \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carteira de Trabalho: Nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CNH: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Emissão CNH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Recado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail principal: \_\_\_\_\_

E-mail alternativo: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo:  A  B  AB  O Fator sanguíneo:  +  - **Doador de sangue:**  Sim  Não

**Certificado Militar / Reservista:** Número RA: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ CSM: \_\_\_\_\_

**Registro em Órgão de Classe:** Número: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Definitiva  Sim  Não Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_