

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE Nº 008/2025 CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 01/2021

A **PREFEITURA DE ILHA COMPRIDA**, Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação vigente, **CONVOCA** o(s) candidato(s) habilitado(s) e aprovado(s), conforme relação constante no ANEXO I deste Edital, com vistas à nomeação e posse do(s) respectivo(s) cargo(s), observadas as seguintes condições:

### 1 DA ASSINATURA DO TERMO DE INTERESSE NA VAGA E ENTREGA DOS DOCUMENTOS

1.1. O(s) candidato(s) relacionado(s) no ANEXO I deste edital, após a presente convocação, deverá(ão) comparecer na **Divisão de Recursos Humanos**, situada na Avenida Beira Mar, 11.000, Balneário Meu Recanto, Ilha Comprida/SP, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, no horário compreendido das **08h às 12h ou 13:00h às 17h**, para assinar o termo de interesse na vaga.

1.2. Manifestado o interesse na vaga, o candidato terá até 15 (quinze) dias úteis para entregar a documentação relacionada no ANEXO II deste edital.

1.3. Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constante do ANEXO II e III acarretará o não cumprimento da exigência do item 1.

1.4. O não comparecimento nos termos do item 1 acima implicará a renúncia tácita do convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à nomeação ao cargo para o qual o candidato foi aprovado.

### 2 DOS EXAMES MÉDICOS

2.1. Somente poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo. O exame médico avaliará a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades do cargo público que irá ocupar.

2.2. Eventuais candidatos portadores de necessidades especiais convocados neste edital, além de atender ao que determina o item 2, deverão apresentar laudo e/ou atestado médico identificando o tipo de deficiência ou disfunção devidamente atualizado (prazo máximo de 30 dias)

### 3. DOS ATOS DE NOMEAÇÃO

3.1. A publicação dos atos de nomeação se dará por meio de edital, obedecendo a legislação vigente.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## 4. DA POSSE

4.1. Cumpridas as exigências constantes do item 3 deste Edital, o candidato deverá se apresentar em 3(três) dias úteis na Prefeitura de Ilha Comprida para ser empossado e receber instruções sobre o local de trabalho para o qual será designado.

4.2. Da data da posse, o candidato terá 01 dia útil para apresentar-se no seu local de trabalho, devendo o servidor iniciar suas atividades funcionais imediatamente a sua apresentação, que será atestada pelo Diretor do departamento à qual ficará subordinado.

Ilha Comprida, 09 de maio de 2025

Maristela Osorio de Marques Cardona  
Prefeita de Ilha Comprida

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO I – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021 RELAÇÃO DE CANDIDATOS

### CARGO 106 - INSPETOR DE ALUNOS

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A)      | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|------------------------------|---------------|
| 0407001495   | GRAZIELEN MACHADO CRUZ PINTO | 3º            |

### CARGO 112 - RECEPCIONISTA

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A) | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|-------------------------|---------------|
| 0407002376   | ANDRESSA VAK            | 11º           |

### CARGO 201 - AGENTE ADMINISTRATIVO

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A)       | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|-------------------------------|---------------|
| 0407002764   | LORENA SIMMER DE PAIVA CORTEZ | 8º            |

### CARGO 206 - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A)       | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|-------------------------------|---------------|
| 0407004984   | VALÉRIA MARIA LISBOA DE MATOS | 68º           |

### CARGO 303 - ASSISTENTE SOCIAL

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A) | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|-------------------------|---------------|
| 0407005859   | MARCELO QUEIROZ CAVALLI | 8º            |
| 0407005932   | THAYNÁ GARCIA NOVAIS    | 9º            |

### CARGO 314 - NUTRICIONISTA

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A)               | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|---------------------------------------|---------------|
| 0407007232   | CARMENLUCI APARECIDA DA SILVA CAMARGO | 2º            |

### CARGO 327 - PSICÓLOGO

| INSCRIÇÃO Nº | NOME DO(A) CANDIDATO(A)          | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|----------------------------------|---------------|
| 0407009403   | KEITY LAURINDA DE OLIVEIRA       | 19º           |
| 0407009423   | MARCELLI LARISSI ALVES DE MORAIS | 20º           |

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Inscrição no PIS/PASEP atualizado;
2. 01 (uma) foto 3x4 recente;
3. Comprovante de residência atualizado;
4. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais e Certidão de Execuções Criminais – Sistema SIVEC (TJSP);
5. Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) e Cadastro de Pessoa Física (CPF);
6. Título de Eleitor e último comprovante de votação;
7. Carteira de Reservista (se do sexo masculino) ou Certificado de Dispensa da Incorporação;
8. Certidão de Nascimento, se Solteiro(a); OU Certidão de Casamento e/ou Declaração de União Estável, Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) do cônjuge ou companheiro(a);
9. Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 (dezoito) anos e Cadastro de Pessoa Física (CPF) aos maiores de 08 (oito) anos;
10. Declaração de bens ou última Declaração de Imposto de Renda;
11. Declaração de dependentes para efeitos de Imposto de Renda;
12. Diploma ou Histórico Escolar autenticado (quando o cargo exigir);
13. Registro no Conselho de Classe (quando o cargo exigir);
14. Declaração de acúmulo de Cargos e Declaração de vínculo e/ou exoneração de outros Órgãos Públicos;
15. Declaração de não estar respondendo a processo relativo ao exercício da profissão;  
e
16. Declaração de antecedentes de saúde para o ingresso no Serviço Público.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II– EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

## TERMO DE INTERESSE NO CARGO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, frente à aprovação no Concurso Público (Edital nº  
01/2021) da Prefeitura Municipal de Ilha Comprida - SP, **CONFIRMO O INTERESSE**  
de tomar posse no Cargo de \_\_\_\_\_, nos termos da  
legislação municipal em vigor.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

## TERMO DE NÃO INTERESSE NO CARGO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, frente à aprovação no Concurso Público n.º 01/2021, do  
Município de Ilha Comprida - SP, **DECLARO NÃO TER INTERESSE** de tomar posse  
no cargo de \_\_\_\_\_.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

### DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR RESPONDENDO A PROCESSO RELATIVO AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que no exercício de cargo  
ou função pública, não sofri penalidade disciplinares, inclusive, as previstas na Lei  
Complementar nº 135/2010 (Lei da Ficha Limpa), conforme legislação aplicável.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021 DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo  
assinado, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_, portador da Cédula de  
Identidade Registro Geral nº \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ e  
CPF/MF nº \_\_\_\_\_,

☐ Declaro não possuir bens

☐ Declaro possuir os bens constantes da relação abaixo:

- 01 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 02 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 03 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 04 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 05 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 06 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 07 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 08 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 09 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 10 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_

.Por ser a expressão da verdade, firmo a presente Declaração.

Ilha Comprida, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

## DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS E VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

Eu,

\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

,

em relação à posse do cargo \_\_\_\_\_ **DECLARO:**

1. Para fins do contido no §14 do art. 37 da Constituição Federal de 1988.

( ) não sou aposentado      ( ) sou aposentado por tempo de contribuição decorrente de  
cargo, emprego ou função pública.

2. Para fins do contido nos incisos XVI, XVII e do §14 do art. 37 da Constituição Federal  
de 1988, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada, que:

( ) não exerço      ( ) exerço  
( ) outro cargo      ( ) emprego      ( ) função pública

Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro  
cargo, emprego ou função pública.

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/CARGO

Unidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_ Regime Jurídico: \_\_\_\_\_

### 2 – HORÁRIO DE TRABALHO

| Dia da Semana | Horário |    |       |
|---------------|---------|----|-------|
| 2ª-feira      | das     | às | horas |
| 3ª-feira      | das     | às | horas |
| 4ª-feira      | das     | às | horas |

# Município de Ilha Comprida

## Estância Balneária



|                                        |     |    |       |
|----------------------------------------|-----|----|-------|
| 5ª-feira                               | das | às | horas |
| 6ª-feira                               | das | às | horas |
| Sábado                                 | das | às | horas |
| Domingo                                | das | às | horas |
| <b>Total da carga horária semanal:</b> |     |    |       |

Esclareço que a distância entre as unidades em que vou atuar é de aproximadamente\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ km e que utilizarei \_\_\_\_\_ como meio de transporte, gastando no  
percurso \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

Caso venha a assumir vínculo nestas condições ou alterar as informações hora prestadas,  
assumo o compromisso de comunicar esta Divisão de Recursos Humanos no prazo máximo  
de 5 (cinco) dias.

, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**OBS.:** O cargo, emprego ou função pública compreende todo aquele exercido na Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025  
CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

## DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA EFEITOS DE IMPOSTO DE RENDA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, declaro, em obediência à Legislação do Imposto de  
Renda, que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

| NOME COMPLETO | SEXO | DATA DE<br>NASCIMENTO | PARENTESCO | CPF |
|---------------|------|-----------------------|------------|-----|
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |
|               |      |                       |            |     |

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são  
verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a V<sup>S</sup><sup>a</sup> qualquer  
responsabilidade perante a fiscalização.

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

### DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES DE SAÚDE

| ANTECEDENTES PESSOAIS                                                                                                           |     |     |                                                                                 |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|                                                                                                                                 | SIM | NÃO |                                                                                 | SIM | NÃO |
| A sua saúde tem sido boa?<br>SE NÃO, POR QUÊ?                                                                                   |     |     | Você tem hipertensão arterial?<br>SE SIM, FAZ TRATAMENTO? FAZ USO DE MEDICAÇÃO? |     |     |
| Faz uso de bebidas alcoólicas?<br>SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?                                                           |     |     | Já sofreu convulsões ou desmaios?<br>SE SIM, QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?        |     |     |
| Você fuma?<br>SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?                                                                               |     |     | Já sofreu acidentes graves ou fraturas?<br>SE SIM, QUAL?                        |     |     |
| Esteve internado para tratamento?<br>SE SIM, QUAL O MOTIVO?                                                                     |     |     | Já teve doenças de pulmões ou brônquios?<br>SE SIM, QUAL? FAZ ACOMPANHAMENTO?   |     |     |
| Já foi operado alguma vez?<br>SE SIM, QUAL O MOTIVO?                                                                            |     |     | Já sofreu doenças renais ou urinárias?<br>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?           |     |     |
| Já fez tratamento psiquiátrico?<br>SE SIM, POR QUANTO TEMPO? FAZ ACOMPANHAMENTO?<br>FAZ USO DE MEDICAÇÃO? QUAL?                 |     |     | Você é diabético?<br>SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?                  |     |     |
| Já fez uso de tóxicos?<br>SE SIM, QUAL E POR QUANTO TEMPO?                                                                      |     |     | Já teve úlcera ou gastrite?<br>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?                      |     |     |
| Faz uso contínuo de alguma medicação?<br>SE SIM, QUAL? DESDE QUANDO?                                                            |     |     | Já teve doença venérea?                                                         |     |     |
| Faz uso de lentes corretivas? (óculos/ lentes de contato)<br>SE SIM, COMPARECER À PERÍCIA MUNIDO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA (RECEITA) |     |     | Já fez cirurgia oftalmológica?<br>SE SIM, QUAL O MOTIVO?                        |     |     |
| Já teve doença cardíaca?<br>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?                                                                         |     |     | Procurou médico nos últimos 2 anos?<br>SE SIM, POR QUAL MOTIVO?                 |     |     |
| Já tirou licença médica?<br>SE SIM, QUAL O MOTIVO?                                                                              |     |     |                                                                                 |     |     |

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



Mencione todas as doenças que você teve nos últimos 5 anos:

---

---

---

| PARA MULHERES                           |     |     |                                         |     |     |
|-----------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------------|-----|-----|
|                                         | SIM | NÃO |                                         | SIM | NÃO |
| Já se submeteu a cirurgia ginecológica? |     |     | Tem fluxo excessivo?                    |     |     |
| As menstruações são normais?            |     |     | Faz consultas ginecológicas periódicas? |     |     |
| Você tem cólicas?                       |     |     | Qual a data da última menstruação?      |     |     |
| Antecedentes obstétricos:               |     |     |                                         |     |     |
| Esclarecimentos:                        |     |     |                                         |     |     |

| ANTECEDENTES FAMILIARES                                                                                                                                                                      |        |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------|
| PARENTESCO                                                                                                                                                                                   | IDADE  | CONDIÇÕES DE SAÚDE OU CAUSA MORTE |
| Pai                                                                                                                                                                                          |        |                                   |
| Mãe                                                                                                                                                                                          |        |                                   |
| Cônjuge                                                                                                                                                                                      |        |                                   |
| PARENTESCO                                                                                                                                                                                   | NÚMERO | CONDIÇÕES DE SAÚDE OU CAUSA MORTE |
| Filhos                                                                                                                                                                                       |        |                                   |
| Irmãos                                                                                                                                                                                       |        |                                   |
| Tem havido na família casos de TUBERCULOSE, DIABETES, ASMA, CÂNCER, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS POLICÍSTICOS? |        |                                   |

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei que as informações acima são  
verdadeiras.

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# Município de Ilha Comprida

## Estância Balneária



### ANEXO II – EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE POSSE N.º 008/2025 CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2021

| FICHA DE CADASTRO DE SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------|----------------|
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                    |        |                                                       | NOME SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                 |                    |                 |            |                |
| NOME DO PAI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
| RAÇA/CORA:<br><input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA/PRETA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                    |        |                                                       | ESTADO CIVIL:<br><input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> OUTROS |                    |                 |            |                |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SEXO:              |        | NATURALIDADE:                                         |                                                                                                                                                                                                                              |                    | UF:             |            | NACIONALIDADE: |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 | NÚMERO:    |                |
| BAIRRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |        | CIDADE:                                               |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 | ESTADO:    |                |
| COMPLEMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 | CEP:       |                |
| ESCOLARIDADE:<br><input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO<br><input type="checkbox"/> CURSO TÉCNICO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ ESPECIALIZAÇÃO<br><input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ MESTRADO <input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ DOUTORADO |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
| Nº IDENTIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                    |        | ÓRGÃO EMISSOR:                                        |                                                                                                                                                                                                                              |                    | DATA EXPEDIÇÃO: |            | UF:            |
| TÍTULO DE ELEITOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                    | SEÇÃO: |                                                       | ZONA:                                                                                                                                                                                                                        |                    | UF:             | CPF:       |                |
| TELEFONE 1:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | TELEFONE 2:        |        | TELEFONE CONTATO:                                     |                                                                                                                                                                                                                              |                    | E-MAIL:         |            |                |
| PIS/PASEP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                    |        | CARTEIRA DE HABILITAÇÃO:                              |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 | CATEGORIA: |                |
| DEPENDENTES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                    |        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | DATA DE NASCIMENTO |        | SEXO                                                  |                                                                                                                                                                                                                              | GRAU DE PARENTESCO |                 | CPF        |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | / /                |        | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                                                                                                                                                                                                                              |                    |                 |            |                |

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura

# Município de Ilha Comprida

## Estância Balneária

