|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANEXO I - FICHA CADASTRAL | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo**\***: | | | | | | | | | | | | |
| Cargo/Função**\***: | | | | | | | | Setor**\***: | | | | |
| Data de Nascimento**\***: | | | | Naturalidade**\***: | | | | | | | | UF**\***: |
| Sexo**\***: | | | | | | | | | | | | Raça/cor**\***: |
| Pai**\***: | | | | | | | | | | | | |
| Mãe**\***: | | | | | | | | | | | | |
| RG**\***: | | Orgão Emissor/UF**\***: | | | | | | | | | | Expedição**\***: |
| CPF**\***: | | | | | | | | | | | | |
| Estado Civil**\***: | | | | | | | | Certidão Casamento: | | | | |
| Nome cônjuge: | | | | | | | | RG do Cônjuge: | | | | |
| CNH: | | UF: | | | | Data expedição: | | | | | | Validade: |
| Título de eleitor**\***: | | UF**\***: | | | | Zona**\***: | | | | | | Seção**\***: |
| CTPS: | Série: | | | UF: | | | | | Data expedição: | | | PIS/PASEP: |
| Endereço Residencial **(Anexar comprovante)** | | | | | | | | | | | | |
| Rua**\***: | | | | | | | | | | | | N.º**\***: |
| Bairro**\***: | | | | Complemento**\***: | | | | | | | | CEP**\***: |
| Cidade**\***: | | | | UF**\***: | | | | | | | | |
| Telefone**\***: | | | | | | | Celular**\***: | | | | | |
| E-mail**\***: | | | | | | | | | | | | |
| Dados Médicos | | | | | | | | | | | | |
| Tipo sanguíneo/Fator RH**\***: | | | | | | | | | | | | |
| Portador de necessidades especiais? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | Grau: | | CID10: |
| Caso afirmativo | | N.º laudo: | | | | | | | | | | Tipo: |
| Possui alguma doença grave: | | | | | | | | | | | | |
| Possui algum tipo de alergia: | | | | | | | | | | | | |
| Toma medicamento contínuo: | | | | | | | | | | | | |
| Outras informações: | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de emergência avisar: | | | | | | | | | | | | Telefone: |
| Escolaridade e Desenvolvimento de ensino **(Anexar comprovante)** | | | | | | | | | | | | |
| Escolaridade**\***: ( ) Ens. Fundamental ( ) Ens. Médio ( ) Superior | | | | | | | | | | | | |
| Superior Situação**\***: ( ) Completo ( ) Incompleto | | | | | | | | | | | | |
| Dados Graduação**\*** | | | | | | | | | | | | |
| Curso | | Instituição | | | Carga Horária | | | | | | | Ano de Conclusão |
|  | |  | | |  | | | | | | |  |
| Dados Pós-graduação | | | | | | | | | | | | |
| Curso | | Instituição | | | Carga Horária | | | | | | | Ano de Conclusão |
|  | |  | | |  | | | | | | |  |
| Cursos e Capacitações diversas | | | | | | | | | | | | |
| Curso | | Instituição | | | Carga Horária | | | | | | | Ano do curso |
|  | |  | | |  | | | | | | |  |
| Dados Bancários**\*** | | | | | | | | | | | | |
| Banco: | | | Agência n.º: | | | | | | | | Conta corrente n.º: | |
| Responsabilizo-me na forma da lei pela veracidade das informações acima prestadas.   Porto Velho-RO, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura | | | | | | | | | | | | |

\* Obrigatório

demais obrigatório somente para novos contratados