



**CADASTRO DE PESSOAL**

**SIAPE:** \_\_\_\_\_

**SIAPECAD:** \_\_\_\_\_

(ESPAÇO RESERVAO À SUGEP)

**DADOS PESSOAIS**

\*CPF N°: .....

\*NOME COMPLETO: .....

\*SEXO:..... \*DATA DE NASCIMENTO:..... /...../..... \*TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH: .....

\*FILIAÇÃO PAI: .....  
 MÃE: .....

\*CIDADE NASC.: ..... \*ESTADO: .....

\*ESTADO CIVIL: ..... \*COR (ORIGEM ÉTNICA):..... \*DEFICIÊNCIA FÍSICA: .....

\*\*SE NATURALIZADO - \*\*ATO: ..... \*\*DE: ..... / ..... / .....

\*\*PUBLICADO NO DOU: ..... / ..... / .....

**DOCUMENTAÇÃO**

\*CARTEIRA DE IDENTIDADE N°: ..... \*ÓRGÃO EXPEDIDOR:..... \*UF:.....

\*DATA DA EXPEDIÇÃO: ..... / ..... / .....

\*TÍTULO ELEITORAL N°: ..... \*UF:.....  
 \*ZONA:..... \*SEÇÃO:..... \*DE: ..... / ..... / .....

\*\*COMP.MILITAR N°:..... \*ORGÃO EXPEDIDOR:..... \*SÉRIE:.....

CARTEIRA DE TRABALHO N°:..... SÉRIE:..... UF:.....

CART. MOTORISTA N°:..... REG.:..... UF:..... EXPED:...../...../.....

CATEGORIA:..... PRIMEIRA HABIL:...../...../..... VALIDADE:...../...../.....

\*PIS / PASEP N°: ..... \*\*PASSAPORTE N°:.....

**RESIDÊNCIA**

\*LOGRADOURO (RUA/AV.): ..... \*N°.....

\*COMPLEMENTO:..... \*BAIRRO:..... \*MUNICIPIO:.....

\*UF ..... \*PAÍS..... \*CEP ..... - ..... CAIXA POSTAL .....

\*TEL ( ): ..... \*CEL( ): ..... \*E-MAIL .....

**TELEFONES DE CONTATO (FAMILIARES/OUTROS)**

\*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....

\*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....



**DADOS BANCÁRIOS** (Só serão aceitas Contas - Salário e Corrente dos Bancos autorizados: BB / CEF / BRADESCO / SANTANDER / ITAU / BANRISUL / BANCOOB / SICREDI), Anexar cópia da proposta de abertura da conta salário, conta corrente, **importante a conta salário tem que esta vinculada a conta corrente.**

**Conta Salário**

\*\*Do Banco: \_\_\_\_\_

Agência nº: \_\_\_\_\_ dígito \_\_\_\_ Tipo : \_\_\_\_ Conta salário nº \_\_\_\_\_ dígito\_\_\_\_\_

Nome da Agência: \_\_\_\_\_ Cidade : \_\_\_\_\_

**Conta Corrente**

\*\*Do Banco: \_\_\_\_\_

Agência nº: \_\_\_\_\_ dígito \_\_\_\_ Tipo : \_\_\_\_ Conta corrente nº \_\_\_\_\_ dígito\_\_\_\_\_

Nome da Agência: \_\_\_\_\_ Cidade : \_\_\_\_\_

**CURSOS**

1. NOME DO CURSO:.....

TITULAÇÃO:..... ESTAB. DE ENSINO:.....

MUNICÍPIO: ..... UF: ..... PAÍS: .....

CONCLUÍDO EM (ANO): ..... CARGA HORÁRIA:.....

2. NOME DO CURSO:.....

TITULAÇÃO: .....ESTAB. DE ENSINO:.....

MUNICÍPIO: ..... UF: ..... PAÍS: .....

CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

3. NOME DO CURSO:.....

TITULAÇÃO: .....ESTAB. DE ENSINO:.....

MUNICÍPIO: ..... UF: ..... PAÍS: .....

CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (TÍTULO): .....

Nº DO REGISTRO E ÓRGÃO DE CLASSE: .....

DATA : ...../...../.....

ASSINATURA

\*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO  
 \*\*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO FOR O CASO.