

## CADASTRAMENTO FUNCIONAL

### DADOS PESSOAIS

NOME DO(A) SERVIDOR(A) (Nome Civil)				
(Nome Social - Portaria MP/GM n.º 233, de 18.05.2010, PNDH)				
SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	UF:
ESTADO CIVIL:	CÔNJUGE:			
PAI:	MÃE:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE: ( )	CELULAR: ( )
E-MAIL:				

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

GRUPO SANGUÍNEO A ( ) B ( ) AB ( ) O ( )	FATOR RH POSITIVO ( ) NEGATIVO ( )	COR/ORIGEM BRANCA ( ) NEGRA ( ) AMARELA ( ) PARDA ( ) INDÍGENA ( )
DEFICIENTE FÍSICO? SIM ( ) NÃO ( )	TIPO DE DEFICIÊNCIA	

### DOCUMENTOS

CPF:	PIS/PASEP:	CERT. DE NASCIMENTO/CASAMENTO:	FOLHA:	LIVRO:
CARTEIRA DE IDENTIDADE N°:	ORGÃO EXPEDIDOR:		UF:	DATA DE EXP.:
REGISTRO PROFISSIONAL (CONSELHO) N°:	ORGÃO EXPEDIDOR:		UF:	DATA DE EXP.:
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:	SEÇÃO:	LOCAL:	DATA DE EXP.:
CERTIFICADO DE RESERVISTA:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SÉRIE:	DATA PRIMEIRO EMPREGO:	
N° BANCO	NOME DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA	

### DADOS FUNCIONAIS

CARGO/FUNÇÃO:			CÓDIGO:
CLASSE:	PADRÃO:	DATA DA POSSE:	
PORTARIA NOMEAÇÃO: Nº. , de / /	DATA DE PUBLICAÇÃO:	DATA DE EXERCÍCIO:	

### ESCOLARIDADE

( ) 2º Grau (1º curso)	NOME DO CURSO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	DATA DE CONCLUSÃO:
( ) 2º Grau (2º curso)	NOME DO CURSO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	DATA DE CONCLUSÃO:
( ) 3º Grau (1º curso) ( ) Completo ( ) Incompleto ( ) Cursando	NOME DO CURSO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	DATA DE CONCLUSÃO:
( ) 3º Grau (2º curso) ( ) Completo ( ) Incompleto ( ) Cursando	NOME DO CURSO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	DATA DE CONCLUSÃO:

TÍTULOS DE PÓS-GRADUAÇÃO:			
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado			
NOME DO CURSO:	NOME DA INSTITUIÇÃO:	DATA DE CONCLUSÃO:	CARGA HORÁRIA:
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado			
NOME DO CURSO:	NOME DA INSTITUIÇÃO:	DATA DE CONCLUSÃO:	CARGA HORÁRIA:
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado			
NOME DO CURSO:	NOME DA INSTITUIÇÃO:	DATA DE CONCLUSÃO:	CARGA HORÁRIA:
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado			
NOME DO CURSO:	NOME DA INSTITUIÇÃO:	DATA DE CONCLUSÃO:	64. CARGA HORÁRIA:

*Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações que prestei no presente formulário, comprometendo-me comunicar à Diretoria de Gestão de Pessoas – DGP desta Instituição, quaisquer alterações que houverem.*

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)