



F I C H A C A D A S T R A L

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME COMPLETO

--

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

DATA DE EXPEDIÇÃO

ORGÃO EMISSOR

UF

<input type="text"/> - <input type="text"/>	/	/		
---	---	---	--	--

SEXO

1 MASCULINO

2 FEMININO

DATA DE NASCIMENTO

	/	/	
--	---	---	--

RAÇA

0 INDÍGENA

2 BRANCA

4 NEGRA

6 AMARELA

8 PARDA

PAÍS DE NASCIMENTO

BRASIL

OUTRO

--	--	--

ESTADO DE NASCIMENTO

CIDADE DE NASCIMENTO

--	--

NOME DO PAI

--

NOME DA MÃE

--

ENDEREÇO DE E-MAIL *(PARA FINS DE EMPRÉSTIMO CONSIGNADO, DESTINADO AOS SERVIDORES CONCURSADOS)*

--

ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO

--

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, ANDAR, CONJUNTO, ETC)

--	--

BAIRRO

--

MUNICÍPIO

CEP

	-	
--	---	--

TELEFONE(S)

DDD

NÚMERO

RES.

COM.

REC.

FIXO

CEL.

FAX

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO CIVIL

01 SOLTEIRO(A)

03 VIÚVO(A)

05 UNIÃO ESTÁVEL

07 DESQUITADO(A)

02 CASADO(A)

04 DIVORCIADO(A)

06 SEPARADO(A)



--	--	--	--	--	--	--	--

CADASTRAMENTO DE DEPENDENTE

GRAU DE DEPENDENCIA

<input type="checkbox"/> A	COMPANHEIRO	<input type="checkbox"/> H	FILHO(A)
<input type="checkbox"/> AV	AVÓS	<input type="checkbox"/> I	IRMÃO
<input type="checkbox"/> B	BISNETO(A)	<input type="checkbox"/> M	MÃE
<input type="checkbox"/> BV	BISAVÓS	<input type="checkbox"/> MP	MENOR POBRE
<input type="checkbox"/> C	CONJUGE	<input type="checkbox"/> N	NETO(A)
<input type="checkbox"/> CU	CURATELADO	<input type="checkbox"/> NA	NASCITURO
<input type="checkbox"/> DSJ	DEPENDENTE COM SENTENÇA JUDICIAL	<input type="checkbox"/> O	OUTROS
<input type="checkbox"/> E	ENTEADO	<input type="checkbox"/> P	PAI
<input type="checkbox"/> FC	FILHO CONVIVENTE	<input type="checkbox"/> SG	SOGRO(A)
<input type="checkbox"/> G	MENOR SOB GUARDA	<input type="checkbox"/> TU	TUTELADO

INFORMAÇÕES PESSOAIS (DO DEPENDENTE)

NOME COMPLETO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIDADE (R.G.) (SE POSSUIR)	DATA DE EXPEDIÇÃO	ORGÃO EMISSOR	UF

SEXO	DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> 1 MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 FEMININO	

RAÇA				
<input type="checkbox"/> 0 INDÍGENA <input type="checkbox"/> 2 BRANCA <input type="checkbox"/> 4 NEGRA <input type="checkbox"/> 6 AMARELA <input type="checkbox"/> 8 PARDA				

PAÍS DE NASCIMENTO	
<input type="checkbox"/> BRASIL <input type="checkbox"/> OUTRO	

ESTADO DE NASCIMENTO	CIDADE DE NASCIMENTO

ENDEREÇO RESIDENCIAL (SE DIFERENTE DO TITULAR)

LOGRADOURO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO	COMPLEMENTO (APTO, ANDAR, CONJUNTO, ETC)

BAIRRO	

MUNICÍPIO	CEP

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> 01 SOLTEIRO(A)	<input type="checkbox"/> 03 VIÚVO(A)	<input type="checkbox"/> 05 UNIÃO ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> 07 DESQUITADO(A)
<input type="checkbox"/> 02 CASADO(A)	<input type="checkbox"/> 04 DIVORCIADO(A)	<input type="checkbox"/> 06 SEPARADO(A)	

ANEXAR CERTIDÃO E REGISTRO DE CADA DEPENDENTE

