



INFORMAÇÕES PESSOAIS, RESIDENCIAIS E DE CONTATO

NOME COMPLETO: _____ MATRÍCULA: _____
NOME PARA CRACHÁ: _____ NOME SOCIAL (opcional - Decreto nº32.226): _____
DOC. IDENTIFICAÇÃO (Nº/TIPO): _____ ÓRG. EXPEDIDOR/UF: _____ DATA EMISSÃO: _____
CPF: _____ NIS (PIS/PASEP): _____ RESERVISTA: _____
SEXO: _____ TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____ APOSENTADO?: _____
PRIMEIRO EMPREGO?: _____ Nº DA CTPS: _____ SÉRIE DA CTPS: _____ UF DA CTPS: _____
Nº CNH: _____ DATA EXPED./UF: _____ VALIDADE: _____ CATEG.(S): _____ DATA 1ª HAB: _____
ÓRGÃO DE CLASSE (OC): _____ UF: _____ DATA EXPEDIÇÃO: _____ VALIDADE OC: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ PAÍS DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____
NATURALIDADE (MUNICÍPIO-UF): _____ RAÇA/COR: _____ TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH: _____
PESSOA C/ DEFICIÊNCIA (PCD)?: _____ TIPO(S) DEFICIÊNCIA: _____ COTA PCD: _____ OBS.: _____
GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ ÁREA DE FORMAÇÃO/GRADUAÇÃO: _____
ESTADO CIVIL: _____ NOME CÔNJUGE: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ CPF DA MÃE: _____
NOME DO PAI: _____ CPF DO PAI: _____
ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ PAÍS: _____
TELEFONE: _____ CELULAR: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

BANCO BRADESCO (Nº 237) AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE C/ DÍGITO: _____

INFORMAÇÕES DE DEPENDENTE(S) *

NOME DO DEPENDENTE 1: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: _____ DATA EMISSÃO: _____

CPF: _____ DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ PESSOA C/ DEFICIÊNCIA? _____

PARENTESCO: _____ DEPENDÊNCIA: IRRF Salário Família Incapac. p/ trabalho DEFICIÊNCIA: _____

NOME DO DEPENDENTE 2: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: _____ DATA EMISSÃO: _____

CPF: _____ DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ PESSOA C/ DEFICIÊNCIA? _____

PARENTESCO: _____ DEPENDÊNCIA: IRRF Salário Família Incapac. p/ trabalho DEFICIÊNCIA: _____

NOME DO DEPENDENTE 3: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF: _____ DATA EMISSÃO: _____

CPF: _____ DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ PESSOA C/ DEFICIÊNCIA? _____

PARENTESCO: _____ DEPENDÊNCIA: IRRF Salário Família Incapac. p/ trabalho DEFICIÊNCIA: _____

CADASTRO FUNCIONAL

DADOS DO CARGO/FUNÇÃO - ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ

NOME DO(A) CARGO/FUNÇÃO: _____ CBO: _____

TIPO DE CARGO/FUNÇÃO: EFETIVO/CARREIRA COMISSINADO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

SIMBOLOGIA: _____ GRUPO DE TRABALHO ACESSORAMENTO PARLAMENTAR MILITAR

TIPO/Nº ATO DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO: _____ DATA ATO: _____ PUBLICAÇÃO: _____

LOTAÇÃO: _____

DADOS DO ÓRGÃO CEDENTE (apenas para servidor cedido de outro Órgão/Poder)

ÓRGÃO DE ORIGEM: _____ CARGO: _____

DATA ATO DE CESSÃO: _____ DATA DIÁRIO OFICIAL: _____ SALÁRIO BRUTO: _____

CONTRIBUI PARA ALGUM ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO? _____ NOME DO ÓRGÃO: _____

ANEXAR A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O CADASTRO FUNCIONAL:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG, CNH, CTPS, etc) | <input type="checkbox"/> ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS (SSPDS) |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS (PF) |
| <input type="checkbox"/> TÍTULO DE ELEITOR | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO MILITAR DE AÇÕES CRIMINAIS (STM) |
| <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE ENDEREÇO | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO CRIMINAL NEGATIVA (TJ) |
| <input type="checkbox"/> 01 (uma) FOTO 3x4 RECENTE | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL (TSE) |
| <input type="checkbox"/> NÚMERO DO PIS/PASEP | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE RESERVISTA (APENAS PARA HOMENS) | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO/DIPLOMA DE ESCOLARIDADE/TITULAÇÃO | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE BENS ou DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA ATUAL |
| <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DA CONTA CORRENTE DO BANCO BRADESCO | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE NÃO APOSENTADO(A) POR INVALIDEZ |
| <input type="checkbox"/> ÚLTIMO CONTRACHEQUE DO ÓRGÃO DE ORIGEM (QUANDO FOR O CASO) | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE COMERCIAL,
CONTRATAÇÃO COM O ESTADO E PARTICIPAÇÃO EM DIRETORIA,
GERÊNCIA, ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS OU SOCIEDADES MERCANTIS |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTAÇÃO DO(S) DEPENDENTE(S) (Certidão de Nascimento, RG, CPF) | |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações constantes nesta Ficha de Dados Cadastrais são verdadeiras, estando ciente de que a prestação de informações falsas está sujeita às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR/PROCURADOR/CURADOR

Visto e conferido por (preenchimento exclusivo pelo Departamento de Recursos Humanos):

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA