



ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DIRETORIA-GERAL ADMINISTRATIVA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FICHA CADASTRAL

DADOS PESSOAIS			
NOME: <input type="text"/>			Foto 3x4
NOME DO PAI: <input type="text"/>			
NOME DA MÃE: <input type="text"/>			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente			
CÔNJUGE: <input type="text"/> VIVE EM UNIÃO ESTÁVEL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
NATURALIDADE: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	TIPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	SEXO: <input type="text"/>
RAÇA: <input type="checkbox"/> 1 Indígena / 2 Branca / 4 Preta / 6 Amarela / 8 Parda DATA DE NASCIMENTO: <input type="text"/>			
POSSUI DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> NÃO É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> REABILITADO			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
RUA: <input type="text"/>		N.º: <input type="text"/>	COMPLEMENTO: <input type="text"/>
BAIRRO: <input type="text"/>			CEP: <input type="text"/>
CIDADE: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	FONES: <input type="text"/>	E-MAIL: <input type="text"/>
DOCUMENTOS PESSOAIS			
CPF: <input type="text"/>	C.N.H.: <input type="text"/>	PIS/PASEP: <input type="text"/>	0 - Não Possui
RG: <input type="text"/>	ÓRGÃO EMISSOR: <input type="text"/>	DATA EMISSÃO: <input type="text"/>	
CERTIFICADO MILITAR: <input type="text"/>	ÓRGÃO EMISSOR: <input type="text"/>		
TÍTULO ELEITORAL: <input type="text"/>	ZONA: <input type="text"/>	SEÇÃO: <input type="text"/>	
PRIMEIRO EMPREGO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			
NOME DO ATUAL EMPREGADOR: <input type="text"/> (caso possua)			
REGIME DE PREVIDÊNCIA AO QUAL ESTÁ VINCULADO(A) NO ATUAL EMPREGO? <input type="checkbox"/> IPREV <input type="checkbox"/> INSS			
<input type="checkbox"/> OUTRO FUNDO PREVIDENCIÁRIO	NOME DO FUNDO PREVIDENCIÁRIO: <input type="text"/>		
GRAU DE ESCOLARIDADE			
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO			
POS-GRADUAÇÃO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL(IS)?: <input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-doutorado <input type="checkbox"/> PHD			
DADOS BANCÁRIOS			
BANCO DO BRASIL	AGÊNCIA: <input type="text"/>	N.º CONTA CORRENTE/SALÁRIO: <input type="text"/>	

OBSERVAÇÕES

- * O preenchimento dos dados constantes acima é essencial, sob pena de o servidor ficar excluído da folha de pagamento.
- * Vedado o depósito do salário em conta poupança.
- * Em caso de dúvida manter contato com a Seção de Controle de Cargos – (48) 3287- 7531.

Declaro, para os devidos fins, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Em, / / .

Assinatura do(a) Declarante