

**QUIXERAMOBIM**

GOVERNO MUNICIPAL

Cuidando bem do coração do Ceará

Gabinete do Prefeito

ANEXO II

FORMULÁRIO CADASTRAL				
DADOS PESSOAIS				
Nome:				
Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF Nascimento:		
Nacionalidade:	Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Outros			
Cônjuge:			Data de Nascimento:	
Filhos:			Data de Nascimento:	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Etnia: Branco () Negro () Pardo () Mulato () Outros ()	Sexo:	Tipo Sanguíneo:	Tipo de deficiência:	
CPF	RG:	Órgão Emissor:		Dt. Emissão \ \
Título de Eleitor	Zona	Seção		
Escolaridade: 1.() E. Fundamental Incompleto 2.() E. Fundamental Completo 3.() E. Médio Incompleto 4.() E. Médio Completo 5.() E. Superior Incompleto 6.() E. Superior Completo				
Pis/Pasep	CTPS	Série CTPS	UF	Em. CTPS \ \
Cons. Regional nº.	Cons. Regional		Reservista nº.	
Habilitação nº:	Emissão da Habilitação \ \			

**QUIXERAMOBIM**

GOVERNO MUNICIPAL

Cuidando bem do coração do Ceará

Gabinete do Prefeito

Endereço:			
Bairro:			
Cidade:	UF:	Telefone:	Celular:
E - mail:		whatsApp:	
DADOS FUNCIONAIS			
Data de Admissão:	Tipo Servidor () Efetivo () Contratado () Comissionado () seletivado () Cedido a outros Órgãos		
Pensionista () SIM () NÃO	Aposentado () SIM () NÃO		
Cargo/Função que exerce atualmente:			
Lotação Atual:			
Trabalha em regime de escala: () SIM () NÃO			
FORMATO DA ESCALA: () 12x36 () 24x72 () OUTRO DESCREVER FORMATO:			
Horário de Trabalho:			
Carga Horária:			
Chefe Imediato:			
Curso de Formação: () Técnico () Graduação () Bacharelado () Licenciatura Descreva o Curso: _____			
Curso de Especialização: () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado Descreva o Curso: _____			
Exerce outra atividade remunerada: sim () não ()			
Empresa/ Órgão:		Horário:	
Data de admissão:			
Município:			
DADOS COMPLEMENTARES			
Fala ou escreve outro idioma?: () SIM () NÃO			
Gostaria de aprender outro idioma?: () SIM () NÃO			
Possui imóvel próprio?: () SIM () NÃO			
Toca algum instrumento?: () SIM () NÃO Qual?			
Pratica algum esporte?: () SIM () NÃO Qual?			
Faz algum trabalho voluntário?: () SIM () NÃO Qual?			
Data do Recadastramento ____ \ ____ \ ____			
Assinatura: _____			

ANEXO I



QUIXERAMOBIM

GOVERNO MUNICIPAL

Cuidando bem do coração do Ceará

Gabinete do Prefeito

DATA	LETRA INICIAL DO NOME
03/01/2017	A - B - C - D - E
04/01/2017	F - G - H - I - J - K
05/01/2017	L - M - N - O
06/01/2017	P - Q - R - S
09/01/2017	T - U - V
10/01/2017	W - X - Y - Z

