



IDENTIF FUNCIONAL RHE	VÍNCULO	CPF	TODOS OS CAMPOS EM VERMELHO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
-----------------------	---------	-----	---

NOME

NOME SOCIAL

SEXO	GRUPO SANGÜÍNEO
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-

RAÇA OU COR (conforme registro de nascimento)	DATA DE NASCIMENTO
1 <input type="checkbox"/> INDÍGENA 2 <input type="checkbox"/> BRANCA 3 <input type="checkbox"/> PRETA 4 <input type="checkbox"/> AMARELA 5 <input type="checkbox"/> PARDA	

DEFICIENTE	TIPO DE DEFICIÊNCIA (preencher somente no caso de ingresso pela cota de deficientes, conforme Dec. 94.300/06)
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLA

CIDADE DE NASCIMENTO	UF
----------------------	----

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

ESTADO CIVIL
<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIÚVO

ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> ANALFABETO <input type="checkbox"/> ATÉ 4ª SÉRIE INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 4ª SÉRIE COMPLETA <input type="checkbox"/> 5ª A 8ª SÉRIE <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA

CURSO SUPERIOR

NACIONALIDADE	ANO DE CHEGADA AO BRASIL (somente estrangeiro)	ANO 1º EMPREGO
---------------	--	----------------

DOCUMENTOS	REGISTRO GERAL	TIPO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	UF		
	TÍTULO ELEITORAL	Nº	ZONA	SECÃO	UF		
	CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	Nº	CATEGORIA	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO	UF	VALIDADE
	CARTEIRA DE TRABALHO	Nº	SÉRIE	UF			
	DOCUMENTO MILITAR	Nº	DOC	SÉRIE	CAT	UF	FORÇA
	IDENTIDADE PROFISSIONAL	Nº	TIPO (CONSELHO)	UF	DATA EXPEDIÇÃO		
	PASEP						

ENDEREÇO	TIPO (rua, avenida...)	NOME DO LOGRADOURO	Nº	
	COMPLEMENTO (ap, bl)	BAIRRO	CIDADE	UF
	CEP	FONE DDD Nº	CELULAR DDD Nº	
	E-MAIL			

Autorizo a disponibilização de meus dados funcionais, contracheque e correlatos através do Portal do Servidor, os quais serão visualizados com senha pessoal. SIM NÃO

Data ____/____/____	Assinatura
---------------------	------------