



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO - SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FICHA CADASTRAL

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		
NOME SOCIAL:		
NOME COMPLETO DO PAI:		
NOME COMPLETO DA MÃE:		
DATA DE NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	NATURALIDADE / UF:
NOME DO CONJUGE:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF DO CONJUGE:	

BENEFÍCIOS

VALE TRANSPORTE:	☐ SIM ☐ NÃO TIPO: ☐ TRANSCOL ☐ SIGA - VITÓRIA ☐ INTERURBANO
CARTÃO ALIMENTAÇÃO / REFEIÇÃO:	BANDEIRA: ☐ COMPROCARD ☐ LE CARD ☐ SODEXO ☐ UP BRASIL

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ESCOLARIDADE:	☐ ENSINO MÉDIO ☐ ENSINO SUPERIOR ☐ PÓS GRADUAÇÃO ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO
ESTADO CIVIL:	☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO
RAÇA/COR:	☐ PRETA ☐ PARDA ☐ BRANCA ☐ INDÍGENA ☐ AMARELA ☐ NÃO DESEJO INFORMAR
SEXO:	☐ MASCULINO ☐ FEMININO
PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	☐ NÃO ☐ FÍSICA ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ INTELECTUAL ☐ MENTAL
TIPO SANGÜÍNEO/FATOR RH:	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO - SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

ENDEREÇO

LOGRADOURO:		
BAIRRO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE CELULAR:	
MELHOR E-MAIL PARA CONTATO:		

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

CPF:	
CARTEIRA DE TRABALHO:	SÉRIE:
DATA DE EMISSÃO:	UF:
CARTEIRA DE IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:
DATA EXPEDIÇÃO:	UF:
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:
SEÇÃO:	UF:
DATA DE EMISSÃO:	
PIS/PASEP:	DATA DE CADASTRO:
CERTIFICADO RESERVISTA:	
ENTIDADE DE CLASSE:	
REGISTRO PROFISSIONAL DA CLASSE:	
DATA DA EMISSÃO:	REGIÃO / UF
CNH N°:	CATEGORIA:
DATA DE EMISSÃO:	DATA DE VENCIMENTO:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CARIACICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO - SEMAD
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DEPENDENTES

NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA ☐ SIM ☐ NÃO	UNIVERSITÁRIO ☐ SIM ☐ NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA ☐ SIM ☐ NÃO	IMPOSTO DE RENDA ☐ SIM ☐ NÃO
NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA ☐ SIM ☒ NÃO	UNIVERSITÁRIO ☐ SIM ☐ NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA ☐ SIM ☐ NÃO	IMPOSTO DE RENDA ☐ SIM ☐ NÃO
NOME COMPLETO		SEXO	DT NASC.	CPF
GRAU DE PARENTESCO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA ☐ SIM ☐ NÃO	UNIVERSITÁRIO ☐ SIM ☐ NÃO	DEPENDENTE SALÁRIO FAMÍLIA ☐ SIM ☐ NÃO	IMPOSTO DE RENDA ☐ SIM ☐ NÃO

DADOS BANCÁRIOS

BANESTES - BANCO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	
AGÊNCIA N°:	CONTA CORRENTE N°:

ASSINATURA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS ESTÃO CORRETAS, RESPONSABILIZANDO-ME CIVIL E CRIMINALMENTE POR SUA VERACIDADE, COMPROMETENDO-ME A INFORMAR IMEDIATAMENTE À SEMAD QUALQUER ALTERAÇÃO QUE OCORRA A PARTIR DA PRESENTE DATA.

CARIACICA, de de .

ASSINATURA: _____