

ANEXO XIV - EDITAL Nº 001/2025/PSS – IDR-PARANÁ

FICHA CADASTRAL

Nome Completo:		Sexo:							
Data de Nascimento:		Naturalidade:		UF:					
Filiação:	Pai:		Mãe:						
Nome social:		Raça/cor:							
Estado civil:		Tipo sanguíneo/Fator RH:							
RG:		UF:		Órgão emissor:		Data expedição			
CPF:		Certidão Casamento:		Data de expedição:					
Nome cônjuge:		RG do Cônjuge:		Certificado reservista:					
CNH:		UF:		Data expedição:		Validade:			
Título de eleitor:		UF:		Zona:		Seção:			
CTPS:		Série:		UF:		Data expedição:		PIS/PASEP:	
Endereço Residencial:								N.º	
Bairro:			Complemento:						
Cidade:				UF:		CEP:			
Telefone res.:			Telefone recado:			Celular:			
E-mail:									
Portador de necessidades especiais?			<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			
Caso afirmativo, preencher:	N.º laudo:		Tipo:		Grau:		CID10:		
Possui alguma doença grave:									
Possui algum tipo de alergia:									
Toma medicamento contínuo:									
Outras informações:									
Em caso de emergência avisar:					Telefone:				

Escolaridade Ens. Fundamental Ens. Médio Superior Situação: Completo Incompleto Ano conclusão:

Graduação: Nome do curso:

Entidade: Período:

Registro de Classe n.º Expedição: Órgão emissor: Validade:

Pós-graduação curso:

Entidade: Carga horária:

Outros cursos relevantes:

Idiomas: Lê Fala Escreve
 Lê Fala Escreve
 Lê Fala Escreve

DEPENDENTE(S) DE IMPOSTO DE RENDA (Para inclusão de Dependentes de Imposto de Renda é obrigatório apresentar fotocópia da Certidão de Nascimento, RG e CPF do(s) dependente(s))

Nome	Dependência	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

Solicito para fins de percepção mensal do meu pagamento que o mesmo seja depositado na minha conta-corrente, conforme dados abaixo:

Banco do Brasil: 001 Agência n.º Conta-corrente n.º Tipo:

INFORMAÇÕES DO CARGO:

Decreto de nomeação: Data do Decreto:

DIOE edição n.º: Data do DIOE:

Cargo: Simbologia:

Órgão:

Responsabilizo-me na forma da lei pela veracidade das informações acima prestadas.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor(a)