

Ficha Cadastral - CETENE

Nome do Servidor:			
Nome Social:			
Nome para o Crachá:			
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Data de Nascimento:		Cidade / UF:	Nacionalidade: Sexo:
Estado Civil: (<input type="checkbox"/>) CASADO (<input type="checkbox"/>) VIÚVO (<input type="checkbox"/>) SOLTEIRO (<input type="checkbox"/>) SEPARADO (<input type="checkbox"/>) DIVORCIADO JUDICIALMENTE		União estável: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	Tipo Sanguíneo: Cor/Origem Étnica:
Carteira de identidade nº:		Órgão Expedidor:	UF: Data de Expedição:
CPF nº:		PIS/PASEP:	Nº Reservista/Série: Órgão Expedidor:
POSSUI DEFICIÊNCIA? (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM. QUAL? _____			
NECESSITA DE ADAPTAÇÃO FÍSICA? (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM. QUAL? _____			
Título de Eleitor:		Seção/Zona:	UF: Data de emissão:
Nº Registro CNH:		Data Expedição:	Categoria: Data Validade:
Carteira de trabalho nº:		Série:	UF: Data do 1º Emprego:
Banco:		Nº da Conta:	Nº da Agência:
Escolaridade: (<input type="checkbox"/>) Graduado (<input type="checkbox"/>) Especialização (<input type="checkbox"/>) Mestrado (<input type="checkbox"/>) Doutorado (<input type="checkbox"/>) P.H.D			
Curso\Área\Formação:			

Instituição de Ensino Graduação:

Instituição de Ensino Pós-Graduação:

Endereço:

Número:

Bairro:

Cidade /UF:

CEP:

Complemento:

E-mail:

Celular:

Dependentes

NOME	CPF	SEXO	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	IR	APF

IR = Imposto de Renda

APF = Acompanhamento de pessoa da família por saúde (Cônjuge ou companheiro; pai, mãe; filhos; enteados; ou dependente que viva às expensas do servidor.

Recife, ____ de _____ de 2025.

Assinatura Eletrônica

(Obrigatória a utilização do Gov.br ou Certificado Digital)