



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

Ficha Cadastral

|  |                     |  |               |
|--|---------------------|--|---------------|
| Nome:  |                     |  |               |
| Nome do Pai:   |                     |  |               |
| Nome da Mãe:   |                     |  |               |
| Sexo:  | Data de Nascimento: |  | Naturalidade: |
| UF Nascimento:   |                     | Nacionalidade:                           |               |
| Afro Brasileiro: ( ) Sim ( ) Não                                       |                     | Portador de Deficiência:( ) Sim ( ) Não  |               |
| Tipo de Deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física                |                     |  |               |
| RG.:   | Órgão Emissor:      | UF:                                      | Data Emissão: |
| C.P.F.:  | C.N.H. Nº Registro: |  | Categoria:    |
| PIS/PASEP:   |                     | Reservista:                              |               |
| Carteira de Trabalho:  |                     | Série:                                   | Data Emissão: |
| Título de Eleitor:   |                     | Zona Eleitoral:                          | Seção:        |
| UF Votação:  |                     | Município Votação:                       |               |
| Endereço Residencial:  |                     |  | Nº            |
| Complemento:   |                     | Bairro:                                  |               |
| Cidade:  |                     | UF:                                      | CEP:          |
| E-Mail:  |                     |  |               |
| Telefone Residencial: ( )  |                     | Celular: ( )                             |               |
| Telefone para Recado: ( )  |                     | Pessoa para Contato:                     |               |
| Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós Graduação |                     |  |               |
| Estado Civil:  |                     | Nome do Cônjuge:                         |               |
| Filhos menores de 21 anos  |                     | * <i>Dependentes de Imposto de Renda</i> |               |
| Nome:  |                     |  | CPF:          |
| Nome:  |                     |  | CPF:          |
| Nome:  |                     |  | CPF:          |
| Nome:  |                     |  | CPF:          |
| Nome:  |                     |  | CPF:          |

Aceito a vaga para qual fui convocado e declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me, a partir desta data, a realizar todas as etapas de admissão exigidas pela Autarquia Municipal de Saúde, bem como estou ciente que posso ser desclassificado pelo descumprimento das normas editalícias.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA