



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:	
Raça:		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