



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

ANEXO III

Ficha Cadastral

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

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