



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**CADASTRO INICIAL – SERVIDOR**

Este formulário deve ser preenchido no próprio arquivo PDF e com letras MAIÚSCULAS.

CPF: . . . -

Nome social\*:

Nome civil:

Sexo:  Masculino  Feminino Data de nascimento: Grupo Sanguíneo: Fator RH:

Nome Pai:

Nome Mãe:

Nacionalidade:  Brasileiro Nato  Naturalizado Brasileiro  Equiparado a Brasileiro  Estrangeiro

Cidade de Nascimento: UF:

Nasceu no exterior  Não  Sim

Estado Civil:  Solteiro(a)  Casado(a)  Separado(a) Judicialmente  Divorciado(a) \*\*  Viúvo(a)

União estável:  Não  Sim

Cor/Origem Étnica:  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

Pessoa com deficiência:  Não  Sim Qual:

Quantidade de dependentes economicamente:  0  1  2  3  4  Outro:

Se estrangeiro: Identidade/Passaporte nº: Data de chegada ao Brasil:

País de origem:

Carteira de Identidade nº Órgão Expedidor: UF: Data Expedição:

Título de Eleitor nº UF: Zona: Seção: Data Expedição:

Registro Militar nº Órgão de Expedição: Série:

Carteira de trabalho nº Série UF:

PIS/PASEP nº Data do primeiro emprego:

Logradouro: Nº:

Complemento: Bairro:

Município: UF: CEP: Cx. Postal:

Telefone: ( ) Ramal: Celular(es): ( ) ( )

E-mail:

**DADOS DA CONTA-SALÁRIO**

Nome do Banco: Cidade da Agência:

Nome da Agência: Número da Agência: - \*\*\*

Número da Conta-salário: -

**DADOS DA CONTA-CORRENTE**

Nome do Banco: Cidade da Agência:

Nome da Agência: Número da Agência: - \*\*\*

Número da Conta-Corrente: -

Se vacância: Nome do Órgão:

Houve acerto financeiro da Gratificação Natalina:  Sim  Não Houve acerto financeiro do período de Férias\*\*\*\*:  Sim  Não

\*Nome social (Decreto nº 8727/2016): designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. \*\* Se divorciado(a) – trazer Certidão de Casamento original com averbação ou cópia autenticada. \*\*\* Informar o dígito verificador da agência. \*\*\*\*Apresentar a última programação de férias (pode ser a disponibilizada no SIGEPE).

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

, de de . Assinatura