

VIII - Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA):

Hospital Ophir Loyola (HOL)
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)
Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA)
Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV)
Hospital Regional Abelardo Santos
Hospital Regional de Tucuruí
Hospital Regional de Cametá
Hospital Regional de Conceição do Araguaia
Hospital Regional de Salinópolis

IX - Secretaria de Estado de Cultura (SECULT):

Fundação Cultural do Estado do Pará (FCP)
Fundação Carlos Gomes (FCG)

X - Secretaria de Estado de Comunicação (SECOM):

Fundação Paraense de Radiodifusão (FUNTELPA)

XI - Secretaria de Estado de Educação (SEDUC):

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

XII - Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER):

Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA)
Núcleo de Gerenciamento do Programa de Microcrédito (Credcidadão)

XIII - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Mineração e Energia (SEDEME):

Companhia de Desenvolvimento Econômico do Pará (CODEC)

XIV - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Obras Públicas (SEDOP):

Companhia de Habitação do Estado do Pará (COHAB-Pará)
Núcleo de Gerenciamento de Transporte Metropolitano (NGTM)

XV - Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Educação Superior, Profissional e Tecnológica (SECTET):

Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará (FAPESPA)
Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Pará (PRODEPA)

ANEXO II
INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. DADOS PESSOAIS

1.1. INFORMAÇÕES GERAIS

Identificação Funcional (matrícula): 999999999
CPF: 999.999.999-99

Nome: _____
NomeSocial: _____
PIS/PASEP nº: _____
Gênero: () M () F
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Nacionalidade: _____
Naturalidade: _____
Estado de Nascimento: ____
Estado Civil: _____
Escolaridade: _____
Grupo Sanguíneo: () A () B () AB () O Fator Rh: () Positivo () Negativo
É Doador de Sangue?: () SIM () NAO
É Doador de Medula Óssea?: () SIM () NAO
Raça: _____
Possui algum Tipo de Deficiência: () Não () Sim
Tipo de deficiência (apenas se possuir): _____
(necessário laudo médico)

1.2. DOCUMENTOS

Documento de Identidade
Tipo: _____ RG nº: _____ Órgão Expedidor: _____
Data de Emissão: _____ UF: _____
Identidade Profissional (Órgão ou Conselho de Classe)
Instruções: se possuir Conselho de Classe, deve-se preencher apenas o que for exigido no provimento do cargo
Órgão/Conselho de Classe: _____ Nº: _____
Data de Emissão: _____ UF: _____
Carteira Nacional de Habilitação
Instruções: se ocupante de cargo de Motorista deve-se atualizar os dados
Nº: _____ Categoria: _____
Data da Primeira Habilitação: ____/____/____
Validade: ____/____/____
UF: _____

Título de Eleitor Nº: _____ Zona: ____ Seção: _____ UF: _____
Certificado de Alistamento Militar Obrigatório
Instruções: preenchimento obrigatório para servidores do gênero masculino de 18 até 45 anos de idade
Num Doc Militar: _____ Série: _____ Categoria: _____
Órgão Militar: _____ UF de Alistamento: _____
Certidão de Nascimento/Casamento
Tipo: _____ Nº: _____ Livro: _____ Folhas: _____
Matrícula: _____
Cartório: _____ UF: _____ Cidade: _____

1.3. ENDEREÇO

Tipo de Logradouro: _____ Número: _____
Endereço: _____
Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone 1: () _____ Telefone 2: () _____
E-mail: _____

1.4. ESTRANGEIRO

Instruções: obrigatório para o estrangeiro.
País de Nascimento: _____
Data da Chegada ao Brasil: _____
Condição de Ingresso no País: _____ (LISTA DE VALORES)
Tipo de Passaporte: _____
País Emissor: _____ (LISTA DE VALORES)
Nº do Passaporte: _____
Autoridade: _____

2. DEPENDENTES

Identificação Funcional (matrícula): 999999999
Identificação do Dependente: 99

2.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: ____-____-____
Grau de Parentesco: _____
Gênero: () M () F

2.2. CERTIDÃO DE NASCIMENTO/CASAMENTO DO DEPENDENTE

Tipo: _____ Número: _____ Livro: _____ Folhas: _____
Matrícula: _____
Cartório: _____ UF: _____ Cidade: _____

2.3. ESCOLARIDADE

Instruções: apresentar documento comprobatório atual do estabelecimento de Ensino reconhecido pelo MEC.
Estudante de Ensino Fundamental/Médio?
() Sim () Não Início ____ (data) Fim ____ (data)
Estudante Universitário?
() Sim () Não Início ____ (data) Fim ____ (data)

2.4. DEFICIÊNCIA OU INVALIDEZ DO DEPENDENTE

Dependente possui Deficiência: () Não () Sim
Instruções: obrigatório informar o tipo deficiência se a resposta for "Sim" e apresentar laudo médico.
Tipo Deficiência: _____
Início ____ (data) Fim ____ (data)
Dependente possui Invalidez? () Não () Sim
Instruções: obrigatório informar o tipo deficiência se a resposta for "Sim" e apresentar laudo médico.
Tipo Invalidez: _____
Início ____ (data) Fim ____ (data)

Dados informativos sobre o dependente

Dependência IR: () Sim () Não
Data Início: ____ (data) Data Fim: ____ (data)
Dependência Salário Família Estatutário: () Sim () Não
Data Início: ____ (data) Data Fim: ____ (data)

3. DADOS DE CESSÃO

Informativo: só deve aparecer se houver cedência durante a vigência da atualização cadastral.

3.1. CESSÃO EXTERNA

Agente Público cedido para outras esferas de Governo, Poderes ou órgãos constitucionalmente independentes (Prefeituras, Tribunais, Assembleias Legislativas, Ministérios Públicos, etc.) e fora do Poder Executivo Estadual.

Dados informativos de cessão por vínculo (apenas visualização)

Data Início: ____ (data) Data Fim: ____ (data)

Observação: Só deve aparecer se houver cessão externa durante o período de atualização cadastral, apenas para consulta.

Instruções: Informar o CNPJ do órgão externo de destino e comprovar com o cartão do CNPJ emitido pelo sítio da Receita Federal do Brasil.

CNPJ do Órgão de Destino: ____-____/____-____

3.2. CEDIDOS PARA O EXECUTIVO

Agentes Públicos cedidos de outras esferas de Governo, Poderes ou órgãos constitucionalmente independentes (Prefeituras, Tribunais, Assembleias Legislativas, Ministérios Públicos, etc.) para o Poder Executivo Estadual.

Dados informativos de cessão por vínculo

Data Início: ____ (data) Data Fim: ____ (data)

CNPJ do Órgão de Origem: ____-____/____-____

4. REQUISITADOS

Agentes públicos movimentados para a Justiça Eleitoral.

Dados informativos de requisição por vínculo

Data Início: ____ (data) Data Fim: ____ (data)

CNPJ do Órgão de Destino: ____-____/____-____

Cartório/Secretaria?: _____

5. DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS

Instruções: obrigatório informar uma das opções abaixo, se as opções 2 ou 3 forem selecionados, dados adicionais deverão ser preenchidos.

1 () Não exerço outro cargo, emprego ou função pública.
2 () Exerço outro cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo:
3 () Encontro-me na inatividade de outro cargo, emprego ou função pública mencionado abaixo:
Órgão: _____
Cargo, Emprego ou Função Pública declarado: _____
Carga Horária: _____
UF: _____
Cidade: _____
DECLARO ainda que a distância entre os órgãos em que vou atuar é de aproximadamente _____ Km e que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ horas e _____ minutos.