



Nome Completo (Registro):		
Nome Social (identidade de gênero):		
Sexo: () Masculino () Feminino	Raça / Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viúvo(a)	Primeiro Emprego? () Sim () Não	
Nº CPF:	Nº PIS/PASEP:	
Data de Nascimento: / /	Naturalidade:	UF:
Nacionalidade:	Nome p/ Crachá:	
Grupo Sanguíneo / Fator RH: () A+ () A- () B+ () B- () AB+ () AB- () O+ () O-		
Nome Completo Mãe:		
Nome Completo Pai:		
Grau de Instrução:	Descrição(ões) Formação(ões) Acadêmica(s)/Instituição(ões)/Ano Conclusão:	
Médio: () Completo () Incompleto	_____	
Superior: () Completo () Incompleto	_____	
Pós-Grad/MBA: () Completo () Incompleto	_____	
Mestrado: () Completo () Incompleto	_____	
Doutorado: () Completo () Incompleto	_____	
Documentos:		
Nº RG:	Órgão Emissor:	UF: Data Expedição: / /
Nº CTPS:	Série CTPS:	UF Expedição CTPS:
Nº Inscrição Órgão de Classe (OC):	Órgão Emissor:	UF:
Data de Emissão: / /	Data de Validade: / /	
Nº CNH:	Data Expedição: / /	UF:
Data de Validade: / /	Data 1ª Habilitação: / /	
Categoria: () A () B () C () D () E () AB () AC () AD () AE		
Nº Título Eleitor:	Zona:	Seção: Nº Reservista:
Nº Registro Nacional de Estrangeiros RNE:	Órgão Emissor-UF:	
Data de Emissão RNE: / /		
Nº Documento Nacional de Identidade:	Órgão Emissor-UF:	
Data de Emissão DNI (Registro de Identificação Civil - RIC): / /		
Logradouro/Endereço:		
Descrição Logradouro:		
Nº:	Bairro:	Complemento:
CEP:	Município:	UF:
Deficiência?: Sim () Não ()		
Tipo de Deficiência: () Física () Visual () Audição () Mental () Intelectual		CID10:
Contato:		
Nº Telefone Fixo: () Celular: ()		
E-mail:		
E-mail alternativo:		
Recebe Benefício Previdenciário da Aposentadoria por Tempo de Serviço ou por Idade? () Sim () Não		
Dados Bancários (Conta Corrente):		
Banco: BRADESCO	Nº Conta c/ Dígito:	Nº Agência c/ Dígito:
Outro:	Nº Conta c/ Dígito:	Nº Agência c/ Dígito:
Outro:	Nº Conta c/ Dígito:	Nº Agência c/ Dígito:



Dados do Cônjuge:

Nome Cônjuge: _____
 CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data Emissão: ____/____/____ UF: _____

Relação de Parentes:

1. Possui parentesco, consanguíneo ou afim, em qualquer grau, com membro ou servidor (efetivo, comissionado ou cedido) do MP/Ceará? () Sim () Não

2. Se possui parentesco, indicar o(s) nome(s):	3. Qual o tipo de parentesco?
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
11-	
12-	
13-	
14-	
15-	

Possui Dependentes?

() Sim () Não Caso a resposta seja afirmativa, favor preencher os dados solicitados na ficha complementar anexa dedicada às informações dos dependentes. "É obrigatória a apresentação das cópias documentais exigidas".

ORDEM	CÓPIAS DE DOCUMENTOS DOS DEPENDENTES	CHECK LIST
1	Declaração de Dependência Financeira do Cônjuge (conforme modelo)	
2	Certidão de Casamento	
3	Certidão de Nascimento ou RG do dependente	
4	CPF do dependente	

DECLARO para os devidos fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações prestadas e documentos que apresento para cadastro junto ao Ministério Público do Estado do Ceará são verdadeiros. DECLARO ainda que, a falsidade dessa declaração ou dos dados informados no requerido formulário configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma de Lei. Estou ciente que devo proceder com a devida atualização, sempre que necessário, de quaisquer alterações das informações originárias aqui prestadas. Nada mais a declarar e sabendo de minha responsabilidade perante Declaração, firmo a presente.

Ciente do servidor declarante: _____ (Rubrica)

_____, ____/____/____
 Cidade Data

Assinatura do Servidor

Preenchimento Exclusivo da SERH

Situação CQC Completa – eSocial:	http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml
1[] CQC Sem Inconsistências	Se 2 for o resultado da Consulta do PIS/PASEP – CPF – Nome - Data de Nascimento no eSocial, solicitar ao interessado a regularização da
2[] CQC Com Inconsistências	



		situação seguindo as orientações apresentadas na consulta.	
Situação CQCPF – eSocial: 1() CPF Regular Sem Inconsistências Cadastrais 2() CPF Regular Com Inconsistências Cadastrais 3() CPF Pendente de Regularização Com ou Sem Inconsistências Cadastrais		https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp Resultado 1: Favor anexar comprovante à presente ficha cadastral Resultados 2 ou 3: Solicitar ao interessado a regularização do seu CPF.	
Lotação(ões): _____		Matrícula: _____	
Cargo/Função: _____		Admitido em: ____/____/____	
		Desligado em: ____/____/____	

Dependentes: Obs.: Favor juntar cópia dos documentos dos dependentes conforme Check List

Total de Dependentes: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5

Tipo de Dependente:

- 1 Cônjuge
- 2 Companheiro com o qual tenha filho ou viva há mais de 05 anos ou possua declaração de união estável
- 3 Filho ou enteado
- 4 Filho ou enteado, universitário ou cursando escola técnica de 2º grau
- 5 Irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial
- 6 Irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, universitário ou cursando escola técnica de 2º grau, do qual detenha guarda judicial
- 7 Pais, avós e bisavós
- 8 Menor pobre do qual detenha a guarda judicial
- 9 A pessoa absolutamente incapaz, do qual seja tutor ou curador
- 10 Ex-conjuge
- 11 Agregados/outros

Dependente 01 - Indique o Tipo de Dependente Correspondente: ()

É dependente para fins Previdenciários? ()Sim ()Não	É dependente para fins de Dedução de IRRF? ()Sim ()Não	O Dependente tem Incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? ()Sim ()Não	É Dependente de Pensão Alimentícia? ()Sim ()Não
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	
Data Emissão RG: ____/____/____	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ()M ()F	
Nome Completo do Responsável Pela Pensão Alimentícia:			Nº Telefone do Responsável: ()

Dependente 02 - Indique o Tipo de Dependente Correspondente: ()

É dependente para fins Previdenciários? ()Sim ()Não	É dependente para fins de Dedução de IRRF? ()Sim ()Não	O Dependente tem Incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? ()Sim ()Não	É Dependente de Pensão Alimentícia? ()Sim ()Não
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	
Data Emissão RG: ____/____/____	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ()M ()F	
Nome Completo do Responsável Pela Pensão Alimentícia:			Nº Telefone do Responsável: ()

Dependente 03 - Indique o Tipo de Dependente Correspondente: ()

É dependente para fins Previdenciários? ()Sim ()Não	É dependente para fins de Dedução de IRRF? ()Sim ()Não	O Dependente tem Incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? ()Sim ()Não	É Dependente de Pensão Alimentícia? ()Sim ()Não
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	
Data Emissão RG: ____/____/____	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ()M ()F	
Nome Completo do Responsável Pela Pensão Alimentícia:			Nº Telefone do Responsável: ()



Dependente 04 - Indique o Tipo de Dependente Correspondente: ()

É dependente para fins Previdenciários? ()Sim ()Não	É dependente para fins de Dedução de IRRF? ()Sim ()Não	O Dependente tem Incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? ()Sim ()Não	É Dependente de Pensão Alimentícia? ()Sim ()Não
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	
Data Emissão RG: / /	Data de Nascimento: / /	Sexo: ()M ()F	
Nome Completo do Responsável Pela Pensão Alimentícia:			Nº Telefone do Responsável: ()

Dependente 05 - Indique o Tipo de Dependente Correspondente: ()

É dependente para fins Previdenciários? ()Sim ()Não	É dependente para fins de Dedução de IRRF? ()Sim ()Não	O Dependente tem Incapacidade Física ou Mental para o Trabalho? ()Sim ()Não	É Dependente de Pensão Alimentícia? ()Sim ()Não
Nome Completo:			
CPF:	RG:	Órgão Emissor/UF:	
Data Emissão RG: / /	Data de Nascimento: / /	Sexo: ()M ()F	
Nome Completo do Responsável Pela Pensão Alimentícia:			Nº Telefone do Responsável: ()



DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA DO CÔNJUGE

Eu, _____, informado (a) como dependente, para os devidos fins necessários, portador(a) do RG nº _____, e do CPF nº _____, casado (a) com _____, servidor(a) do Ministério Público do Ceará, ocupante do cargo/função de _____, matrícula nº _____, DECLARO, sob as penas da lei, ser dependente financeiro(a) de meu(minha) cônjuge revelado(a) visto que não percebo rendimento de trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive de pensão ou proventos de aposentadoria.

_____, _____ / _____ / _____
Cidade Data

Assinatura do Cônjuge do Servidor

Assinatura do Servidor do MPCE (Ciente)