



**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE RORAIMA**

**FICHA CADASTRAL DE ESTAGIÁRIO(A)**

**DADOS**

FOTO 3X4

NOME: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

OBS.: O Decreto nº 8.727, de 2016, define Nome Social como a “designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida”. Ao preencher este campo o declarante informa seu desejo de ser identificado pelo nome social, no entanto, a aceitação do evento é condicionada à validação dessa informação no cadastro do CPF na Receita Federal do Brasil – RFB.

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

NÚMERO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) \_\_\_\_\_

CELULAR 1: ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR 2: ( ) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO ELETRÔNICO: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: ( ) BRASILEIRA ( ) OUTRA: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

ORIENTAÇÃO SEXUAL:

( ) HETEROSSEXUAL ( ) HOMOSSEXUAL ( ) BISSEXUAL ( ) ASSEXUAL ( ) NÃO INFORMADO

RAÇA E COR:

( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA ( ) NÃO INFORMADA

POSSUI DEFICIÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

( ) FÍSICA ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( ) INTELECTUAL ( ) MENTAL

ESTADO CIVIL:

( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) SEPARADO ( ) VIÚVO ( ) UNIÃO ESTÁVEL



**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE RORAIMA**

**DECLARAÇÃO DE TIPO SANGUÍNEO**

GRUPO SANGUÍNEO: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O

FATOR RH: ( ) + POSITIVO ( ) - NEGATIVO

**DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**CADASTRO DE PESSOA FÍSICA – CPF Nº:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL – NIS (mesmo que: PIS/PASEP/NIT):** \_\_\_\_\_

**TÍTULO DE ELEITOR:**

**Nº DE INSCRIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ZONA:** \_\_\_\_\_

**SEÇÃO:** \_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO GERAL – RG**

**NÚMERO:** \_\_\_\_\_

**ÓRGÃO EXPEDIDOR:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**IMIGRANTE**

**IMIGRANTE:** ( ) SIM ( ) NÃO

**TEMPO DE RESIDÊNCIA:** ( ) PRAZO INDETERMINADO ( ) PRAZO DETERMINADO

**CONDIÇÃO DE INGRESSO:**

- ( ) Refugiado
- ( ) Solicitante de Refúgio
- ( ) Permanência no Brasil em razão de reunião familiar
- ( ) Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul
- ( ) Dependente de agente diplomático/consular de países que mantêm acordo de reciprocidade para exercício de atividade remunerada
- ( ) Beneficiário pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e República Portuguesa
- ( ) Outra condição

**REGIME DE COTAS**

( ) Ampla concorrência ( ) Cota Racial ( ) Cota para PCD ( ) Outra Cota



**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE RORAIMA**

**INFORMAÇÕES ESCOLARES OU ACADÊMICAS**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

SÉRIE/SEMESTRE: \_\_\_\_\_

NATUREZA: ( ☐ ) Obrigatório ( ☐ ) Não obrigatório

NÍVEL: ( ☐ ) Ensino Médio ( ☐ ) Ensino Superior

**DADOS BANCÁRIOS**

NOME DO BANCO: \_\_\_\_\_

TIPO DE CONTA: ( ☐ ) Corrente ( ☐ ) Poupança

AGÊNCIA Nº: \_\_\_\_\_ CONTA Nº: \_\_\_\_\_

Obs.: O comprovante dos dados bancários deve conter nome do(a) estagiário(a), bem como número da agência e da conta, com os respectivos dígitos.

Declaro para os devidos fins que as informações constantes neste formulário são de minha inteira responsabilidade, sendo fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos, sob pena de responder a procedimento administrativo disciplinar, comprometendo-me renovar esta declaração sempre que houver alteração nos dados acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Estagiário(a)