|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. CASO CONTRÁRIO, O CADASTRO NÃO PODERÁ SER CONCLUÍDO NO SISTEMA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | | | | **CPF:** | | | | | | | | | | | **Naturalidade (Estado/ UF):** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sexo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| Masculino | | | | Feminino | | | | | | Intersex | | | | | | | Prefiro não informar | | | | |  |  | |
| **Identidade de gênero** (vide legenda) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | FOTO | |
| 1.Cisgênero | | | 2.Transgênero | | | | | | 3.Transexual | | | | | | | 4.Travesti | | | | | |  | 3 X 4 | |
| 5.Gênero fluído | | | 6.Agênero | | | | | | 7. Outra | | | | | | | Prefiro não informar | | | | | |  |  | |
| **1**. Pessoas que se identificam com o sexo biológico com o qual nasceram; **2**. Pessoas cuja identidade de gênero difere, em diferentes graus, do sexo biológico atribuído ao nascer; **3**. Pessoas que se identificam com um gênero diferente do sexo biológico com o qual nasceram e que procuram se adequar à sua identidade de gênero, podendo se submeter a tratamentos hormonais ou cirúrgicos; **4**. Pessoas que buscam se expressar através de elementos associados ao sexo oposto - ex: nomes, corte de cabelo, roupas, acessórios, expressões corporais e etc; **5**. Pessoas que não se identificam com um único papel ou identidade de gênero; **6**. Ausência de identidade de gênero; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **Raça/ Cor** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Amarelo(a) | | | 2. Branco(a) | | | | | | | | | 3. Indígena | | | | | | | 4. Negro(a) – Pardo (a) | | | | |
| 5. Negro(a) – Preto(a) | | | Prefiro não informar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **Pessoa com deficiência - PcD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Não possui** | | **Em caso positivo, informar o tipo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Física/motora | | 2. Auditiva | | | | 3. Visual | | | | | | | 4. Intelectual | | | | 5. Psicossocial | | | 6. Mental | | | |
| 7. Outras deficiências | | Prefiro não informar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço/ Telefone** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(Logradouro, nº/ complemento):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | | | | | | | | | | **CEP:** | | | | | | | | | | | |
| **Telefone:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Grau de Escolaridade** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensino Fundamental | Completo | | | | Incompleto | | | | | | Série: | | | | | | | | | | | | |
| Ensino Médio |
| Ensino Superior | Completo | | | | Área de formação: | | | | | | | | | | | | | Em curso | | | Período: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Possui parente trabalhando no PJERJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | | | | | | | | | | Sim | | | | | | | | | |
| **Em caso positivo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servidor – Matrícula: | | | | | | | | | | | | | | | Prestador de Serviço – Matrícula: | | | | | | | | |
| **Nome Completo do Parente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Grau de Parentesco:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Atesto a veracidade das informações acima.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Assinatura do Declarante (Prestador de Serviço):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |