



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL
AGÊNCIA BRASILEIRA DE INTELIGÊNCIA

FOTO

FICHA CADASTRAL DE SERVIDOR

CPF:	CIF:	Matrícula ABIN:	NOME NO CRACHÁ
		Matrícula SIAPE:	

1. DADOS PESSOAIS

Nome:		
E-Mail:		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:
Nome Cônjuge:		
Nec Especiais:	Cor/Raça:	Nacionalidade:
Cidade Nascimento:	UF:	
Situação de Nacionalidade:		

1.1 Dados para Naturalizado / Equiparado / Estrangeiro

Nome:	
Chegada ao Brasil:	Portaria de Naturalização/Equiparação:

2. DOCUMENTOS

Identidade	Nº:	Órgão Emissor:	Dt Emissão:	UF:	
Título Eleitoral	Nº:	UF:	Zona:	Seção:	Data de Emissão:
Carteira de Trabalho	Nº:	Série:	Dt Emissão	UF:	
Comprovante Militar	Nº:	Série:	Categoria:	Org Emissor:	
PIS/PASEP	Nº	Dt Emissão:	Dt Primeiro Emprego:		
Carteira de Habilitação	Nº Registro:		Categoria:	UF:	
	Data de Emissão:	1ª Habilitação:	Data Validade:		
Nº Passaporte:	Data Emissão		Data Validade:		
Tipo Sanguíneo:					

3. ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço:			Nº:
Complemento:		Bairro:	
Município/Cidade:	UF:	País:	CEP:
Celular: ()	Fixo: ()		Caixa Postal:

4. DADOS BANCÁRIOS

Tipos de conta	Banco	Agência	Conta nº	Varição (CEF)
Para Depósito do Pagamento				
Conta Judicial				
Outra conta. Especificar				

VIRE

5. DADOS DE INGRESSO – não preencher

Forma de Ingresso	Tipo Doc Interno:	Data:	Publicação:
	Tipo Doc Externo:	Data:	Publicação:
Data Ingresso SPF: -----		Data Nomeação: -----	Data Posse: -- -----
Data de Exercício: -----			

6. POSICIONAMENTO – não preencher

Regime Jurídico:	Situação Funcional:	Jornada de Trabalho:	
Carreira:	Nível:	Classe:	Padrão: Vaga N°: -----
Cargo/Emprego:	Especialidade:		Função: -----
Lotação:	Sigla:	Órgão/Exercício:	

7. PARA SERVIDORES REQUISITADOS/CEDIDOS

Data Admissão na ABIN:	Data Exercício na ABIN:	
Cargo/Posto no Órgão de Origem:		
Nível do Cargo/Posto que ocupa no Órgão de Origem:	Superior	Médio
Celetista	Estatutário	Subsídios
Órgão de Origem:		
Endereço do Órgão De Origem:		

8. FORMAÇÃO ACADÊMICA

Nível da Formação	Denominação da Formação	Conclusão	Instituição / Sigla	UF

9. DADOS DOS DEPENDENTES

Nome	CPF	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Sexo	I.R.

DECLARO estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência de qualquer fato que altere a situação de dependência econômica ora declarada (matrimônio, óbito, cessação de invalidez, aquisição de renda própria, término de situação de estudante, etc.).

DECLARO, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações que prestei no presente formulário.

Brasília - DF, de de .

Nome: _____