**FICHA CADASTRAL**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( )Viúvo ( )Divorciado ( )União Estável ( ) Amasiado

Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda

Escolaridade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Formação (Curso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Expedidor:\_\_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Tít.Eleitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_ Secção:\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº Cart. Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Conta Salário***: Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Endereço Residencial*:Rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Telefone*:Fixo: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do Cônjuge / Companheiro | Data de Nascimento | CPF |
|  |  |  |
| NOME DA MÃE DO CÔNJUGE:  Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda Deficiência: ( ) Não portador ( )Física ( )Auditiva ( ) Visual ( )Mental ( )Múltipla ( )Reabilitado | | |

Filhos Dependentes (menores de 21 anos):

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:................................................................................  ..........................................................................................  CPF: .................................................................................  Data de nascimento: ........................................................  Deficiência: ( ) Não portador ( )Física ( )Auditiva ( ) Visual ( )Mental  ( )Múltipla ( )Reabilitado  Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda | Nome:................................................................................  ..........................................................................................  CPF: .................................................................................  Data de nascimento: ........................................................  Deficiência: ( ) Não portador ( )Física ( )Auditiva ( ) Visual ( )Mental  ( )Múltipla ( )Reabilitado  Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda |
| Nome:................................................................................  ..........................................................................................  CPF: .................................................................................  Data de nascimento: ........................................................  Deficiência: ( ) Não portador ( )Física ( )Auditiva ( ) Visual ( )Mental  ( )Múltipla ( )Reabilitado  Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda | Nome:................................................................................  ..........................................................................................  CPF: .................................................................................  Data de nascimento: ........................................................  Deficiência: ( ) Não portador ( )Física ( )Auditiva ( ) Visual ( )Mental  ( )Múltipla ( )Reabilitado  Raça: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra( ) Amarela ( ) Parda |

Francisco Beltrão: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura